



RAK PROSTATY

ZROZUMIEĆ CHOROBE

Poradnik dla pacjentów i ich bliskich



Sekcja Urologii Onkologicznej
Polskiego Towarzystwa Urologicznego



Stowarzyszenie Mężczyzn
z Chorobami Prostaty
GLADIATOR





AUTORZY:

Dr n. med. Mariola Kosowicz

Psycholog kliniczny, psychoterapeuta, psychoonkolog, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Instytucie Badawczym w Warszawie

Dr hab. n. med. Roman Sosnowski

Specjalista Urolog, Kierownik Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Szpitala Klinicznego MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

WSPÓŁAUTORZY:

Lek. med. Robert Nowakowski - urolog

Mgr Piotr Kazimierski - fizjoterapeuta

Poradnik powstał dzięki uprzejmości, otwartości i zaangażowaniu mężczyzn chorych na raka prostaty. Pragniemy serdecznie podziękować za wszystkie cenne sugestie i poświęcony czas. Dziękujemy, zespół Ipsen Poland.

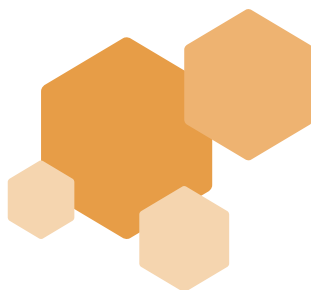
Poradnik został opracowany we współpracy z firmą Ipsen Poland sp. z o.o.

WSTĘP

Szanowni Państwo,

oddajemy w Państwa ręce wyjątkowy poradnik, który powstał na podstawie wielogodzinnych rozmów z mężczyznami chorymi na raka prostaty. To właśnie Panowie stali się ekspertami w sprawach najbardziej nurtujących chorych mężczyzn i ich rodziny. W trakcie spotkania, które miałam przyjemność prowadzić, wskazywali wiele obszarów, które z perspektywy osoby chorej stanowią duże wyzwanie, i z którymi czasami zostają zupełnie sami. Dlatego też korzystając z wieloletniego doświadczenia urologa Pana prof. dr. hab. n. med. Romana Sosnowskiego i mojego jako psychoonkologa i psychoterapeuty, postanowiliśmy razem spróbować odpowiedzieć na zagadnienia natury medycznej i psychicznej, które zostały nam przedstawione przez osoby doświadczające kryzysu choroby. Zdajemy sobie sprawę, że poradnik nie odpowie na pytania każdej osoby chorej lub towarzyszącej jej, ale może stanowić bodziec do szukania pomocy i zadbania o jakość swojego życia.

dr n. med. Mariola Kosowicz



Spis treści:

DIAGNOSTYKA

1. Kiedy powinienem zgłosić się na pierwsze badanie urologiczne związane z badaniami w kierunku wykrycia raka prostaty?7
2. Czy określenie rak prostaty znaczy to samo, co „rak gruczołu krokowego” i „rak stercza”?8
3. Jak wygląda diagnostyka raka prostaty? Czego mogę się spodziewać?8
4. Mój dziadek umarł na raka prostaty, czy ja też umrę?10
5. Czy rak prostaty to wyrok?11
6. Dlaczego ja zachorowałem na raka prostaty? Kto choruje na ten nowotwór i dlaczego?12
7. Ile trwa leczenie raka prostaty i czy jest to choroba wyleczalna?13
8. Mam diagnozę: rak prostaty. Co dalej?18
9. Mam diagnozę: rak prostaty. Gdzie mogę szukać pomocy?20
10. Mam diagnozę: rak prostaty. Jak będzie wyglądać teraz moje życie?21
11. Jak mam przygotować się do leczenia raka prostaty? Co to jest prehabilitacja i jakie przynosi korzyści?23
12. Dlaczego jestem kierowany do lekarzy o różnych specjalnościach / odsyłany między lekarzami?24

SEKSUALNOŚĆ

13. Czy po operacji będę sprawny seksualnie, czy będę mógł odczuwać dalej przyjemność seksualną?25
14. Jakie są możliwości fizjoterapii w powrocie funkcji erekcyjnej po radykalnej prostatektomii?28
15. Czego mogę spodziewać się po radioterapii w kontekście seksualności?28
16. Jakich zmian w seksualności mogę spodziewać się w trakcie hormonoterapii ? Co z moją męskością? Boję się, że przestanę być mężczyzną29
17. Jaki wpływ będzie miała hormonoterapia na moje życie (skutki uboczne obniżenia testosteronu poza wpływem na seksualność)?30
18. Jak rozmawiać w związku o życiu seksualnym?32

NIETRZYMANIE MOCZU

19. Słyszałem, że po usunięciu prostaty ruch ciała, podnoszenie przedmiotów, czy nawet śmiech może doprowadzić do mimowolnego oddania moczu, czy jest to prawda?33
20. Czy to prawda, że pacjenci po operacji noszą pieluchy, pieluchomajtki lub wkładki urologiczne?33
21. Czym różni się pielucha od pieluchomajtek, majtek chłonnych i wkładki urologicznej?35
22. Gdzie mogę zaopatrzyć się w pieluchy, pieluchomajtki lub wkładki urologiczne?35

23. Czy powinienem ćwiczyć po zabiegu usunięcia prostaty? Jakie ćwiczenia mogę wykonywać, a jakich unikać?36

24. Jak mogę zadbać o siebie, żeby zminimalizować nietrzymanie moczu?37

PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ I POBYTU W SZPITALU

25. Jak powinienem przygotować się do badań?38

26. Czy powinienem wydepilować miejsca intymne przed zabiegiem usunięcia prostaty? Jak to zrobić?39

27. Jak długo trwa zabieg prostatektomii? Ile czasu spędzę w szpitalu?40

DLA RODZIN I OSÓB BLISKICH PACJENTA CHOREGO NA RAKA PROSTATY

28. Jak wspierać osobę chorą?43

29. Opieka paliatywna i wsparcie psychologiczne. Jak sobie poradzić? 45

30. Jak osoba chora może rozmawiać na temat śmierci i umierania?46

31. Jak osoby bliskie mogą rozmawiać na tematy ostateczne?47



Diagnostyka



1. Kiedy powinienem zgłosić się na pierwsze badanie urologiczne związane z badaniami w kierunku wykrycia raka prostaty?

Mężczyźni powinni regularnie zgłaszać się do lekarza w celu wykonania badań profilaktycznych. Każdy mężczyzna w wieku od około 45-50 lat powinien zgłosić się do lekarza celem oceny tzw. „zdrowia urologicznego” i określenia ryzyka zachorowania na raka prostaty. W szczególności, gdy zauważy niepokojące objawy ze strony układu moczowo-płciowego, takie jak: osłabiony strumień moczu, częsta potrzeba oddania moczu w dzień i w nocy, parcia naglące na pęcherz moczowy, nietrzymanie moczu, krwimocz czy zaburzenia wzrodu, musi to zrobić jak najszybciej.

Nie czekaj! Szybciej postawiona diagnoza to lepsze perspektywy i więcej możliwości leczenia.

Jeśli szybko zgłosisz się do lekarza, pozwoli to na ewentualne wykrycie choroby nowotworowej na wczesnym etapie, co w wielu wypadkach daje możliwość całkowitego wyleczenia przy zachowaniu dobrej jakości życia (minimalne powikłania wynikające z leczenia).

Komentarz psychoonkologa:



Człowiek z natury dąży do unikania sytuacji trudnych i za wszelką cenę próbuje zachować równowagę psychiczną. Niestety, nasz mózg nie zawsze myśli racjonalnie i kiedy czegoś się obawiamy, np. badania w kierunku raka, to szuka argumentów, żeby odroczyć moment konfrontacji bez względu na potencjalnie negatywne konsekwencje. Co najgorsze, wiele argumentów za odłożeniem badania na później brzmi bardzo racjonalnie i w ostateczności jednak wypieramy problem z naszej świadomości. Powoduje to, że wpadamy

w pułapkę iluzji kontroli stanu zdrowia i poczucia bezpieczeństwa. Udawanie, że czegoś nie ma, nie chroni nas przed konsekwencjami tego zjawiska czy stanu.

Dlatego zaakceptuj niepokój przed badaniem, który bez względu na płeć, wiek i status społeczny, jest czymś naturalnym, i pomimo tego zgłoś się do lekarza.

2. Czy określenie rak prostaty znaczy to samo, co „rak gruczołu krokowego” i „rak stercza”?

Gruczoł krokowy, inaczej prostata czy stercz, to jeden z narządów układu moczowo-płciowego mężczyzny. Narząd ten nie jest niezbędny do życia, choć spełnia ważną funkcję, polegającą na produkcji wydzieliny umożliwiającej poruszanie się plemników w procesie zapłodnienia. Usunięcie prostaty z powodu raka prowadzi do bezpłodności i potencjalnie innych zaburzeń w sferze seksualnej.

3. Jak wygląda diagnostyka raka prostaty? Czego mogę się spodziewać?

Podczas pierwszej wizyty lekarz dopyta Cię o objawy związane z oddawaniem moczu i o Twoją ogólną kondycję zdrowotną. Ponadto powinieneś być przygotowany na pytanie o występowanie nowotworów w najbliższej rodzinie (czyli raka prostaty w pokoleniu męskim, raka piersi, raka jajnika i trzustki u kobiet, co związane jest ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia raka gruczołu krokowego).

Badania urologiczne polegają nie tylko na zebraniu wywiadu z pacjentem, ale także na badaniu fizykalnym, m.in. badaniu palcem przez odbyt (tzw. **badanie per rectum**), oznaczeniu stężenia **PSA** (specyficzny antygen sterczowy, ang. *prostate specific antigen*) w surowicy krwi oraz wykonaniu **USG jamy brzusznej i układu moczowego**. Podczas wykonywania badania per rectum, które nie jest bolesne, a jedynie sprawia lekki dyskomfort, lekarz dołoży należytej staranności i zachowa intymność, a badanie to w prosty sposób umożliwi ocenę prostaty.

Pamiętaj, że badanie fizykalne, które jest powszechne i proste w wykonaniu, może dostarczyć cennych informacji w ocenie Twojego gruczołu krokowego. Lekarz zaleci Ci zrobienie oznaczenia PSA i jego powtórzenie po około 4 tygodniach, celem uwiarygodnienia wyniku.

Należy pamiętać, iż podwyższony poziom PSA może być związany nie tylko z rakiem prostaty, ale może wynikać z innych czynników, np. ze stanu zapalnego układu moczowego, w tym prostaty, aktywności seksualnej, pomyłki laboratoryjnej czy być związany z powiększoną prostatą. W związku z tym, poziom PSA w granicach normy nie oznacza wykluczenia raka, z kolei podwyższony poziom PSA powyżej normy może nie być związany z nowotworem.

Pamiętaj, że wynik PSA trzeba interpretować podczas konsultacji z lekarzem.

W przypadku, gdy na podstawie powyższych badań istnieje podejrzenie raka prostaty, zalecane są dodatkowe działania:

- **badanie USG przezodbytnicze gruczołu krokowego tzw. TRUS** – badanie, które określa budowę prostaty, a także może uwidocznić zmiany rozrostowe, w tym ogniska nowotworowe obecne w gruczole;
- **badanie rezonansu magnetycznego gruczołu krokowego (mpMRI)** – aktualnie najbardziej dokładne i zaawansowane technologicznie badanie obrazowe gruczołu krokowego, które nie tylko dokładnie opisuje budowę tego narządu (wielkość, symetrię itd.), ale także umożliwia odnalezienie podejrzanych obszarów gruczołu krokowego i określenie w nich ryzyka wystąpienia raka prostaty;
- **biopsja gruczołu krokowego** – polega na pobraniu wycinków z narządu w celu oceny histopatologicznej. Może być wykonywana przezodbytniczo pod kontrolą USG lub przezkroczo. W ostatnich latach najdokładniejszą techniką jest biopsja fuzyjna gruczołu krokowego, w której nakłada się obrazy rezonansu magnetycznego z obrazem USG przezodbytniczego. Obecnie ta forma biopsji jest rekomendowana. Umożliwia ona precyzyjne pobranie wycinków z podejrzanego obszaru w prostacie. Badanie

histopatologiczne jest kluczowe, bo tylko na jego podstawie lekarz może rozpoznać raka prostaty i ocenić charakter złośliwości nowotworu, który określaną jest za pomocą skali Gleasona i obecnie coraz częściej stosowanej równoważnej skali ISUP. Nowotwór o najniższej złośliwości to Gleason 6 (3+3), ISUP GG1, a nowotwór o najwyższej złośliwości to Gleason 10 (5+5), ISUP GG5.

W celu określenia stopnia zaawansowania raka prostaty u wybranych chorych lekarz może zalecić także inne badania, takie jak **scyntygrafia kości**, **tomografia komputerowa** czy **rezonans jamy brzusznej i miednicy**, ewentualnie **badanie PET-CT/PSMA**. Wszystkie te badania mają na celu wykluczenie zmian przerzutowych do kości, węzłów chłonnych i innych narządów.

Komentarz psychoonkologa:



Badanie per rectum wzbudza u wielu mężczyzn niepokój, a nawet poczucie wstydu. Taka postawa może wynikać z faktu, że jest to badanie, o którym w porównaniu z badaniem piersi u kobiet, mówi się w rodzinach czy mediach dość rzadko. Dodatkowo badanie to wykonuje się najczęściej pierwszy raz w dojrzałym wieku, co dla wielu mężczyzn stanowi duże wyzwanie, ponieważ nie mają wcześniejszych doświadczeń i nierzadko nie przyznają się do lęku przed ewentualnym bólem. Dlatego też spróbuj odczarować myślenie o badaniu per rectum i przyjąć do wiadomości, że trwa ono krótko i pomimo ewentualnego, lekkiego dyskomfortu może uratować Twoje życie, czyli największą wartość, jaką posiadasz.

4. Mój dziadek umarł na raka prostaty, czy ja też umrę?

Jednym z czynników ryzyka występowania raka prostaty poza wiekiem jest pokrewieństwo rodzinne. Im więcej osób wśród najbliższych krewnych chorowało lub choruje, im przypadki te dotyczyły młodszych osób, tym większe ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego. Zwiększone ryzyko zachorowania na raka prostaty nie jest jednoznaczne z zachorowaniem na ten nowotwór, sugeruje jedynie, abyś już od wcześniejszego wieku (od 45 roku życia) bacznie obserwował się, przestrzegał regularnych kontroli urologicznych, wykonywał regularnie zalecane badania.

5. Czy rak prostaty to wyrok?

Rak prostaty to nie wyrok, a skuteczność wyleczenia związana jest z biologią i zaawansowaniem choroby (obecnością przerzutów).

Rak to nowotwór złośliwy wywodzący się z komórek nabłonkowych. Nie ma raków niezłośliwych. Jeżeli lekarz podejrzewa raka prostaty, to znaczy, że jest wysokie prawdopodobieństwo występowania komórek nowotworowych w gruczole krokowym postawione na podstawie wyników wykonanych badań (badanie per rectum gruczołu krokowego, badanie PSA, USG i MRI gruczołu krokowego). **Rozpoznanie raka gruczołu krokowego** to stwierdzenie obecności komórek nowotworowych w wycinkach z biopsji gruczołu krokowego.

Rakiem gruczołu krokowego nieistotnym klinicznie nazywa się taki nowotwór, którego obecność nie stanowi zagrożenia dla Twojego zdrowia i życia. W takiej sytuacji leczenie radykalne może być odroczone w czasie, a pacjent poddawany jest jedynie bacznej obserwacji. Rak jest kwalifikowany jako nieistotny klinicznie, gdy spełnia określone cechy tj. stężenie PSA poniżej 10 ng/ml, stopień złośliwości w skali Gleasona 6 (3+3) lub wg ISUP GG1, ograniczony do gruczołu krokowego w badaniach obrazowych. W dzisiejszych czasach stwierdza się coraz więcej nowotworów na tym etapie rozwoju, co powoduje, iż coraz więcej chorych poddawanych jest bacznej obserwacji i coraz więcej mężczyzn żyje dłużej z rozpoznanym nowotworem.

Rak gruczołu krokowego istotny klinicznie to taki nowotwór, którego obecność może dawać objawy, a pozostawienie choroby bez leczenia spowoduje jej postęp miejscowy i ewentualne występowanie przerzutów, co w konsekwencji nieleczenia może doprowadzić do śmierci. W tym przypadku pacjenci powinni poddać się leczeniu – tzw. leczeniu radykalnemu.

Podsumowując, rak gruczołu krokowego jest nowotworem złośliwym. Kluczowe jest nasilenie tej złośliwości, które określane jest w badaniu histopatologicznym materiału pobranego podczas biopsji. Większość obecnie stwierdzanych nowotworów jest o niskim stopniu złośliwości.

Raki gruczołu krokowego mogą dawać przerzuty. Wykluczamy je poprzez badania dodatkowe. Jeśli jesteś pacjentem z rozpoznaniem istotnego klinicznie raka gruczołu krokowego bez zmian przerzutowych, masz wiele możliwości terapii o założeniu całkowitego wyleczenia. Jako pacjent z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego z przerzutami masz także wiele możliwości leczenia onkologicznego w założeniu uzyskaniu względnej stabilizacji choroby, wydłużenia życia, poprawy jego komfortu i przejścia niejako w stan „życia z rakiem”.

Komentarz psychoonkologa:



Lęk przed rakiem jest silnie skorelowany z myśleniem o nieuleczalności tej choroby i cierpieniu. Już samo określenie rak kojarzy się z „wyrokiem” i wzbudza poczucie bezradności, ogromnego zagrożenia, co siłą rzeczy zawęży pole percepcji i nasza uwaga skupia się wokół negatywnych aspektów choroby. Powstaje cały scenariusz zagrożeń, które na nas czekają. Powodów takiego sposobu myślenia jest wiele, od wyuczonych wzorców reagowania na sytuacje trudne i radzenia sobie ze stresem, przez nasze cechy osobowości, m.in. neurotyzm, który charakteryzuje się większą skłonnością do doświadczania uczuć lęku, gniewu, smutku i oczekiwania trudnych scenariuszy, po poczucie samotności i bezsensowności życia. Niestety, niewiele osób weryfikuje swoją wiedzę na temat rozwoju medycyny, dzięki której leczenie chorób onkologicznych stało się bardziej skutecznie. Nawet w sytuacji zaawansowanej choroby istnieją możliwości zastosowania różnych form leczenia, dzięki którym osoba chora może żyć dłużej i zachować dobrą jakość życia. Dlatego tak ważne jest, abyś posiadał rzetelną wiedzę na temat swojego stanu zdrowia i o możliwości leczenia, jak również zadbał o kondycję psychiczną.

6. Dlaczego ja zachorowałem na raka prostaty? Kto choruje na ten nowotwór i dlaczego?

Rak prostaty jest pierwszym co do częstości występowania nowotworem wśród mężczyzn w Polsce. Co roku odnotowuje się blisko 18 000 nowych przypadków. Podstawowym czynnikiem ryzyka jest wiek. Rak prostaty dotyczy głównie starszych mężczyzn, szczyt zachorowania to 7-8 dekada

życia, czyli im starszy mężczyzna, tym większe ryzyko. Choroba ta może, chociaż rzadziej, występować u młodszych mężczyzn. Zwiększone ryzyko zachorowania na raka prostaty pojawia się, gdy w rodzinie występują lub występowały nowotwory, takie jak rak prostaty, rak piersi, rak jajnika i trzustki u kobiet. Ponadto zwiększone ryzyko zachorowania w młodszym wieku i bardziej agresywny przebieg choroby dotyczą mężczyzn będących nośnikami mutacji genu BRCA2. Poza powyższymi czynnikami, na które nie masz wpływu, istnieją czynniki od Ciebie zależne, które mogą powodować wczesne występowanie choroby lub jej agresywniejszy przebieg. Do takich czynników należą: palenie papierosów, otyłość, brak aktywności fizycznej.

Komentarz psychoonkologa:



Pytanie, dlaczego człowieka spotykają sytuacje trudne, jest czymś zupełnie naturalnym. Przede wszystkim wynika to z potrzeby znalezienia sensu tego, co się dzieje i odpowiedzi na pytanie, co zrobiliśmy, że doświadczamy czegoś trudnego np. choroby i dlaczego spotyka to właśnie nas. Niestety, nie ma prostej odpowiedzi i szukanie w sobie winy pogarsza stan psychiczny osoby chorej. Może nie jest to pocieszające, że każdy człowiek prędzej, czy później doświadcza sytuacji bardzo trudnych, niezrozumiałych, często odbieranych jako niesprawiedliwe i możemy traktować te zdarzenia jako karę lub jako doświadczenie, z którym chcemy sobie poradzić. Umiejętność przyjęcia tego, co nas spotyka, z pokorą wobec własnych ograniczeń, oraz skupienie się na tym, na co mamy w danej sytuacji realny wpływ, pozwalają zachować większą równowagę psychofizyczną i nie stracić ważnych chwil w życiu.

7. Ile trwa leczenie raka prostaty i czy jest to choroba wyleczalna?

Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi – zależy to od biologii i stopnia zaawansowania choroby. W niektórych przypadkach nowotwór ten może być przyczyną śmierci, a w innych choroba jest możliwa do całkowitego, trwałego wyleczenia.

W przypadku nowotworu ograniczonego do narządu do dyspozycji mamy następujące metody leczenia:

- **leczenie operacyjne** polegające na chirurgicznym usunięciu gruczołu krokowego z pęcherzykami nasiennymi i u wybranych chorych z agresywną postacią raka usunięciu węzłów chłonnych. Mamy różne metody wykonania zabiegu od tzw. klasycznej operacji otwartej, poprzez operację laparoskopową i zabieg wykonywany przy użyciu robota;
- **radioterapia**, nazywana często naświetlaniem. Wśród jej form wyróżniamy:
 - teleradioterapię – naświetlanie z pól zewnętrznych;
 - brachyterapię – naświetlanie śródtkankowe;
 - protonoterapię.

W przypadku, gdy nowotwór jest zaawansowany miejscowo (co oznacza, że przekroczył granice anatomiczne gruczołu krokowego i nacieka struktury okoliczne, tj. pęcherzyki nasienne, pęcherz moczowy, tkankę okołosterczową, ale nie spowodował powstania przerzutów odległych), wyleczenie jest możliwe, jednak **wymaga bardziej złożonego i długotrwałego leczenia tj.:**

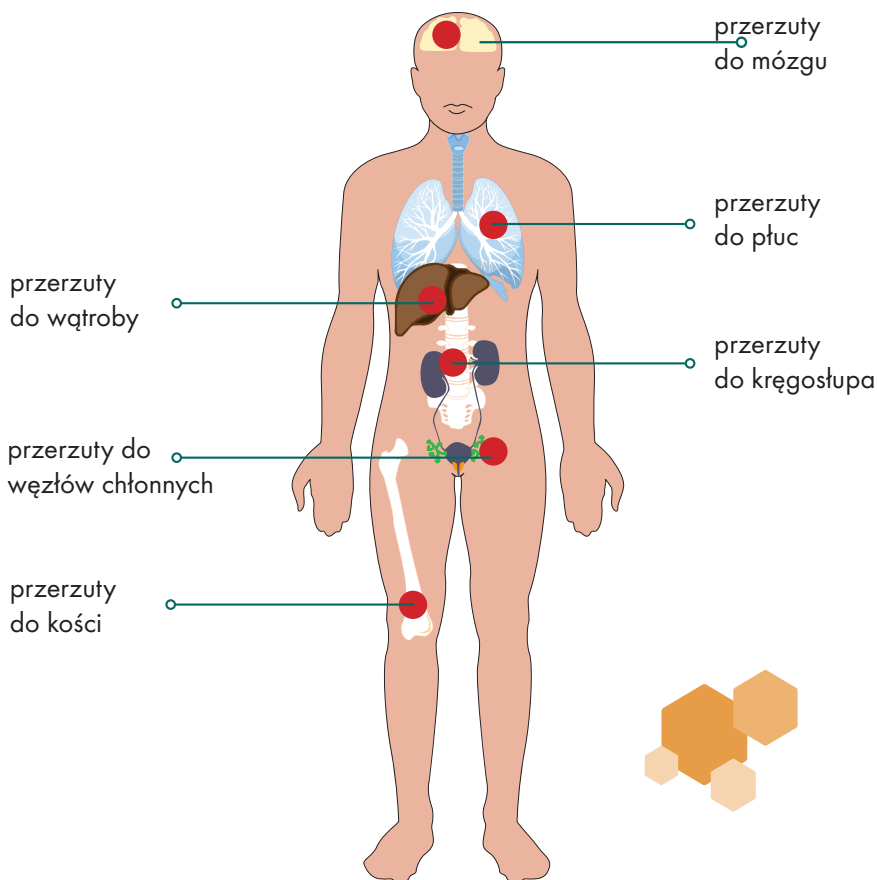
- radioterapii (z lub bez brachyterapią) i hormonoterapią;
- leczenia operacyjnego z ewentualną następną radioterapią i hormonoterapią.

Rak prostaty z przerzutami nie jest na dziś możliwy do całkowitego wyleczenia, jednak nowoczesne leczenie onkologiczne doprowadza do wyraźnego spowolnienia tej choroby i poprawy jakości życia. Wyjątek stanowi choroba oligometastyczna, gdzie oprócz leczenia systemowego stosujemy leczenie miejscowe głównie z wykorzystaniem radioterapii, niemniej jednak potrzebna jest dłuższa obserwacja oceny tej metody. Podstawą **leczenia systemowego** (onkologicznego) jest **hormonoterapia** polegająca na

obniżeniu poziomu stężenia testosteronu w surowicy krwi, od którego zależy jest rozwój raka prostaty. Wdrażane leczenie onkologiczne już od samego początku jest intensywne i składa się najczęściej z kilku terapii stosowanych jednocześnie (nowoczesna hormonoterapia, chemioterapia, spersonalizowane leczenie biologiczne). Następnie, gdy choroba „niejako wymyka się spod kontroli”, prowadzi się leczenie sekwencyjne, czyli stosowane są kolejne terapie o różnym działaniu. Przyczynia się to do wydłużenia życia, redukcji dolegliwości bólowych oraz poprawy jakości życia.

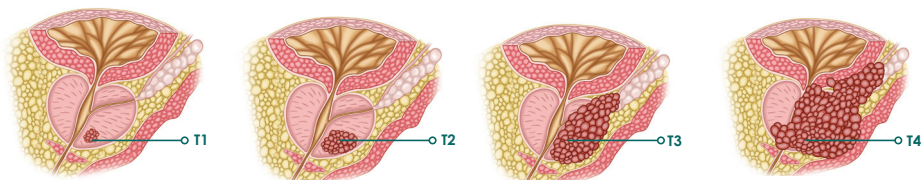
Ponadto, aby zapewnić maksymalny komfort życia, stosowane są równocześnie w zależności od potrzeb i nasilenia objawów terapie związane z leczeniem przeciwbólowym, poprawiającym nastrój.

Przerzuty do różnych narządów



Rak Gruczołu Krokowego – klasyfikacja TNM

Klasyfikacja TNM (tumor, nodes, metastasis) pozwala ocenić i opisać stopień zaawansowania choroby nowotworowej. Opiera się na ocenie trzech najistotniejszych cech w rozwoju choroby nowotworowej: T – zaawansowanie miejscowe guza, N – obecności (lub brak) przerzutów w węzłach chłonnych, M – obecności (lub brak) przerzutów odległych.



- T x** Nie można ocenić guza pierwotnego
- T0** Brak guza pierwotnego
- T1** Guz bezobjawowy, niewyczuwalny w badaniu per rectum (palcem przez odbytnicę)
 - T1a – Guz rozpoznany przypadkowo w preparacie pooperacyjnym, zajmuje $\leq 5\%$ wyciętych tkanek
 - T1b – Guz rozpoznany przypadkowo w preparacie pooperacyjnym, zajmuje $>5\%$ wyciętych tkanek
 - T1c – Guz rozpoznany w wycinkach z biopsji prostaty (wykonanej np. z powodu podwyższonego stężenia PSA)
- T2** Guz ograniczony do stercza
 - T2a – Guz zajmuje mniej niż 50% jednego płata
 - T2b – Guz zajmuje więcej niż 50% jednego płata, ale nie zajmuje obu płatów
 - T2c – Guz zajmuje oba płaty
- T3** Guz nacieka poza torebkę stercza
 - T3a – Guz nacieka poza torebkę prostaty (jednostronnie lub obustronnie)
 - T3b – Guz nacieka pęcherzyki nasienne
- T4** Guz nacieka okoliczne tkanki inne niż pęcherzyki nasienne: zwieracz zewnętrzny, odbytnica, mięśnie dźwigacze, ściana miednicy
- N** Regionalne węzły chłonne
- Nx** Nie można ocenić regionalnych węzłów chłonnych
- N0** Nie stwierdza się przerzutów w okolicznych węzłach chłonnych
- N1** Przerzuty obecne w regionalnych węzłach chłonnych
- M** Przerzuty odległe
- M0** Nie stwierdza się przerzutów odległych
- M1**
 - M1a – Przerzuty do węzłów chłonnych pozaregionalnych
 - M1b – Przerzuty do kości
 - M1c – Przerzuty do innych narządów i/lub struktur



Każdy człowiek choruje inaczej i nie ma prostej odpowiedzi, czy wyzdrowieje, czy będzie chorował przewlekle. Dlatego też rozmawiaj o swoim stanie zdrowia z lekarzem, a nie szukaj wiedzy w Internecie lub w rozmowach z innymi osobami chorymi. Nie powinniśmy zapominać, że ewolucyjnie nasz mózg ma tendencję do skupiania się na zagrożeniach, a więc kiedy czegoś się obawiamy, to nasze krytyczne i analityczne myślenie zostaje wyłączone, a decyzje odnośnie do naszego zachowania podyktowane są działaniem mózgu gadziego, który w ułamkach sekundy włącza reakcje walki albo ucieczki. Niestety, mózg ssaczy nie odróżnia realnego zagrożenia od naszych wyobrażeń o ewentualnym zagrożeniu. Mózg przyjmuje informacje najbardziej pasujące do przeżywanych emocji (na przykład lęku związanego z diagnozą) i do utrwalonych schematów myślenia. Organizm wchodzi w stan przewlekłego stresu, który w konsekwencji wpływa negatywnie na nasze zdrowie fizyczne i psychiczne. Powstaje błędne koło. Z jednej strony chcemy wyzdrowieć, z drugiej obniżamy odporność swojego organizmu. Dlatego tak ważne jest zrozumienie, że każda emocja to dla nas źródło ważnej informacji naszego organizmu, co dzieje się w naszej głowie, jak odbieramy świat, co przeżywamy. Wszelkie próby uzyskania kontroli nad emocjami to strata energii. Jedyne, nad czym możemy mieć kontrolę, to nasz umysł. Dlatego, kiedy odczuwasz niepokój, powinieneś zweryfikować swoje myśli i podjąć decyzję, czy sposób Twojego myślenia sprzyja Twojemu zdrowiu, czy też odwrotnie – szkodziś sobie i tracisz cenne chwile Twojego życia na tworzenie negatywnych scenariuszy.

Aby ocenić, czy nasze myśli i przekonania są racjonalne, prof. Maxie C. Maultsby zaproponował kryterium, dzięki któremu jesteśmy w stanie to przeanalizować.

Najlepiej zapisz na kartce swoją myśl, która powoduje napięcie, lęk, złość, bezradność itp. i przeanalizuj, korzystając z poniższych pytań.

1. Czy moja myśl jest oparta na oczywistych faktach?

TAK **NIE**

2. Czy ta myśl pomaga mi chronić moje życie i zdrowie?

TAK **NIE**

3. Czy ta myśl pomaga mi osiągać moje cele?

TAK **NIE**

4. Czy ta myśl pomaga mi unikać konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych?

TAK **NIE**

5. Czy dzięki tej myśli czuję się tak dobrze, jak chciałbym się czuć?

TAK **NIE**

Jeżeli odpowiesz NIE na co najmniej trzy z powyższych pytań, to prawdopodobnie oznacza to, że Twoja myśl jest niezdrowa.

8. Mam diagnozę: rak prostaty. Co dalej?

Współczesne leczenie raka prostaty jest prowadzone przez wielu specjalistów, choć to urolog najczęściej jest lekarzem, który rozpoznaje chorobę (urolog wykonuje biopsję prostaty) oraz przeprowadza ocenę zaawansowania raka. W zależności od agresywności biologicznej, obecności przerzutów i ich lokalizacji różni specjaliści na różnych etapach będą prowadzić leczenie, w tym m.in. urolog, onkolog, radioterapeuta, psychoonkolog, fizjoterapeuta.

W sytuacji, gdy nie występują przerzuty, najczęściej leczenie prowadzone jest przez urologa lub radioterapeutę. Gdy choroba jest uogólniona, lekarzem prowadzącym staje się onkolog, który współpracuje z innymi specjalistami.

Skonsultuj się z kilkoma lekarzami o różnych specjalnościach, aby dokładnie poznać możliwości leczenia Twojego konkretnego przypadku.

Komentarz psychoonkologa:



Diagnoza choroby onkologicznej to dla każdej osoby poważny stres. W pierwszej chwili wydaje się to nierealne i przerażające. Cały świat staje do góry nogami. Mózg włącza mechanizm wyparcia, który jest związany z niedowierzaniem i w ten sposób daje sobie czas, by sobie z tym poradzić. Dlatego też każdy człowiek potrzebuje indywidualnego czasu na oswojenie się z nową sytuacją i inaczej redukuje stres. Jedna osoba skupia się wyłącznie na negatywnych scenariuszach, przywołuje trudne doświadczenia innych osób, inna unika konfrontacji i przekierowuje odpowiedzialność za swoje leczenie na osoby bliskie, lekarza, a jeszcze inna po chwili szoku zaczyna działać proaktywnie i szuka rozwiązań. Pamiętaj więc, że masz prawo do emocji, również tych trudnych. Ważne jest, żebyś nie zostawał w silnych emocjach zbyt długo.

Zadbaj o dobrą relację z lekarzem. Pamiętaj, że lekarz też jest człowiekiem. Wzajemne zrozumienie, zaufanie i otwartość wzmocnią Waszą relację, co przełoży się bezpośrednio na Twoje leczenie. Zdrowa, partnerska relacja da Ci pewność, że Twoje zdrowie jest w dobrych rękach, a lekarzowi da świadomość, że będziesz przestrzegać zaleceń, które mają przynieść określone korzyści.

Nie szukaj odpowiedzi na temat choroby w Internecie. Pamiętaj, że masz prawo do drugiej diagnozy, zatem, jeśli masz wątpliwości, skontaktuj się z innym specjalistą.

Weź odpowiedzialność za swoje leczenie i rozmawiaj z lekarzem na temat ewentualnych wątpliwości dotyczących zastosowanego leczenia.

Przed każdą wizytą u lekarza zapisz pytania na kartce.

Zadbaj o inne aspekty życia niż tylko leczenie – relacje społeczne, partnerskie, spacer, bliskość, intymność.

Uważaj na zachowania autodestrukcyjne, jak alkohol, objadanie się, unikanie relacji z ludźmi. Jeżeli poczujesz, że nie radzisz sobie psychicznie, to szukaj pomocy psychologa lub psychiatry.

9. Mam diagnozę: rak prostaty. Gdzie mogę szukać pomocy?

Jednym z ważniejszych momentów w całym procesie walki z rakiem prostaty jest właściwe już na początku zrozumienie istoty choroby i celów i drogi ich osiągnięcia. Najważniejszym źródłem informacji zawsze pozostaje lekarz prowadzący i współpracujący specjaliści, ale ważnym doradcą mogą być członkowie stowarzyszeń pacjenckich, którzy już doświadczyli danych terapii. Postrzeganie przez Ciebie Twojego stanu choroby, metod leczenia, ale przede wszystkim ewentualnych powikłań może mieć zupełnie inny charakter niż opinia specjalisty.

Wśród wielu organizacji udzielających wsparcia pacjentom i ich bliskim warto wymienić:

Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „GLADIATOR”

<http://gladiator-prostata.pl/> (patrz strona 49).

Zwrotnik Raka

<https://www.zwrotnikraka.pl/>

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

<https://www.pkpo.pl/>

Fundacja Rak'n'Roll. Wygraj Życie!

<https://www.raknroll.pl/>



Komentarz psychoonkologa:



Przede wszystkim warto pamiętać, że nasz mózg nie znosi próżni poznawczej, czyli nie lubi nie wiedzieć i ciągle szuka wyjaśnienia różnych sytuacji, szczególnie trudnych. Może właśnie z tego powodu wiele osób chorych popełnia błąd i szuka wiedzy na temat choroby i pomocy sobie

u „dr. Google’a”. Wszystko brzmi złowrogo, mózg skupia się na zagrożeniach i powstaje złudzenie niewyobrażalnego zagrożenia i niemocy.

Nie wpadnij w pułapkę przetrząsania Internetu w poszukiwaniu informacji na temat choroby. Bądź świadomym pacjentem i korzystaj z wiarygodnych źródeł informacji. Natłok zamieszczanych w sieci, często sprzecznych informacji wzmacnia lęk związany z chorobą. Nie kieruj się wiedzą wyłącznie od innych pacjentów, którzy niekiedy koncentrują się tylko na negatywnych aspektach choroby lub wprowadzają silny lęk, dzieląc się swoim doświadczeniem. To nie jest czas, żebyś dźwiगाł emocje innych osób chorych.

Rozmawiaj z lekarzem, ale szukaj też wsparcia w organizacjach dla pacjentów – fundacjach, stowarzyszeniach, np. Gladiator. W razie potrzeby idź na konsultacje do psychoonkologa, seksuologa, fizjoterapeuty, który może zalecić ćwiczenia, m.in. na nietrzymanie moczu.

Dbaj o swoją kondycję psychofizyczną (sen, posiłki, nawadnianie, spacer). Poszukaj oparcia w bliskich, rodzinie. Przede wszystkim jednak bądź dla siebie dobry i daj sobie czas na adaptację do nowej sytuacji.

10. Mam diagnozę: rak prostaty. Jak będzie wyglądać teraz moje życie?

Wybór metody leczenia, a co jest z tym związane – występowanie ewentualnych działań niepożądanych zależy od wielu czynników, np. stopnia zaawansowania raka, ogólnego stanu zdrowia pacjenta, jego preferencji czy możliwości przeprowadzenia danej terapii. Współcześnie to nie lekarz podejmuje ostateczną decyzję co do formy leczenia, ale decyzja ta podejmowana jest wspólnie przez pacjenta, jego bliskich i oczywiście przez zespół lekarzy prowadzących.

Różne formy leczenia mogą mieć różną skuteczność i różne działania niepożądane. Dowiedz się, co Cię czeka np. po operacji, radioterapii czy chemioterapii, jak sobie radzić z negatywnymi skutkami tych metod leczenia i gdzie wówczas szukać pomocy.



Zacznijmy od tego, że choroba wymusza zmiany w dotychczasowym funkcjonowaniu i trudno oczekiwać, że wszystko będzie po starymu. Dlatego daj sobie czas na oswojenie się ze zmianami i nie żądaj od siebie pełnej dyspozycyjności.

Umiejętność zaakceptowania zmian powoduje, że życie nie sprowadza się do bycia „ofiara” choroby i do ciągłego czekania na lepsze czasy. Dlatego warto, abyś:

- realnie spojrzal na siebie i nie wymagał rzeczy niemożliwych, co może być trudne, jeśli przed chorobą postrzegałeś siebie jako osobę niezastępowaną, odpowiedzialną za wszystko i wszystkich;
- zaakceptował, że chwilowe poczucie słabości czy bezradności jest czymś naturalnym w życiu każdego człowieka bez względu na płeć, wykształcenie, status materialny;
- podzielił drogę leczenia na etapy i skupił się na tym, na co masz wpływ;
- realnie planował swój czas;
- dał sobie przestrzeń na odpoczynek;
- realnie ocenił swoje możliwości i nie przeciążał organizmu. Chcesz spać, to śpij, potrzebujesz poleżeć, leżysz, potrzebujesz obejrzeć telewizję, oglądasz, masz potrzebę popracować, pracujesz, masz potrzebę pójść na spacer, idziesz. Najważniejsze jednak, żebyś nie próbował siebie „złamać” i na siłę coś sobie udowadniał. Nadwyrężony organizm wystawia rachunek w postaci pogorszenia stanu psychofizycznego, natomiast zadbany organizm współpracuje i pomaga w procesie leczenia;
- dał sobie prawo do przyjmowania pomocy;
- dbał o relacje z osobami bliskimi;

- nie czekać, że ktoś domyśli się, czego potrzebujesz, ale jasno mówić o swoich potrzebach;
- nie zrzucać całej odpowiedzialności za leczenie na lekarza lub osobę bliską.

To Twoje zdrowie i życie, a więc byłoby dobrze, gdybyś był świadomy, co się dzieje i na co masz wpływ.

11. Jak mam przygotować się do leczenia raka prostaty? Co to jest prehabilitacja i jakie przynosi korzyści?

Satysfakcja z odbytego leczenia szpitalnego to nie tylko fakt usunięcia nowotworu, ale także zrozumienie, zaakceptowanie i przebycie całego złożonego procesu terapeutycznego w szpitalu. Dlatego tak ważne jest przed przybyciem do szpitala zapoznanie się z planowanymi procedurami, ewentualnymi powikłaniami tzw. wstecznymi wynikającymi z zabiegu operacyjnego czy zmianami w ciele wynikającymi z operacji np. blizny, cewnik, dreny. Ponadto istotnym elementem jest właściwe przygotowanie swojego ciała i zadbanie o jego dobrą kondycję. Ważnym faktem jest wiedza na temat swoich schorzeń, dokonanych w przeszłości operacji czy zabiegów, przyjmowanych leków, alergii. Po radykalnej prostatektomii wskazane jest wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy tzw. ćwiczenia Kegla, co ma wspomóc powrót właściwej kontroli oddawania moczu, a w związku z tym zalecane jest zapoznanie się z takim postępowaniem już przed przybyciem do szpitala. Podczas specjalnego spotkania z fizjoterapeutą otrzymasz komplet informacji o zabiegu, potencjalnych sytuacjach, które mogą zdarzyć się w szpitalu, a przede wszystkim przeprowadzone będzie szkolenie dotyczące rehabilitacji pooperacyjnej.

Komentarz psychologa:



Prehabilitacja to działanie zespołu interdyscyplinarnego (lekarz, psycholog, rehabilitant, dietetyk) na rzecz osoby chorej prowadzone jeszcze przed operacją, w trakcie leczenia i po zakończonym leczeniu. Każda z osób z zespołu przygotowuje pacjenta do lepszego poradzenia sobie w procesie leczenia. I tak np. psycholog pomaga osobie chorej znaleźć zasoby, dzięki którym lepiej radzi

sobie ze stresem choroby, rehabilitant skupia się na kondycji fizycznej pacjenta, a dietetyk na zdrowej i zrównoważonej diecie. Nadrzędnym celem prehabilitacji jest przygotowanie osoby chorej, na wszystkich poziomach funkcjonowania psychofizycznego, do całego procesu leczenia.

Warto podkreślić, że prehabilitacja może różnić się w zależności od rodzaju planowanej operacji oraz ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Dlatego też, jest to zawsze indywidualnie dostosowany do potrzeb program, którego kluczowym elementem jest konsekwentne przestrzeganie zaleceń specjalistów medycznych, aby osiągnąć jak najlepsze wyniki przed operacją. Pamiętaj, że szczególnie na początku drogi leczenia wymagany jest szereg konsultacji celem określenia schematu postępowania. W trakcie konsultacji z danym specjalistą będziesz mógł zadawać pytania na temat czasu leczenia, rokowania, skutków ubocznych, możliwych powikłań, wymaganej obserwacji po leczeniu.

Rzetelna wiedza o chorobie i dostępnych sposobach leczenia daje Ci możliwość wyboru optymalnej ścieżki leczenia w sposób świadomy, czyli najbardziej bezpieczny i sprzyjający poczuciu wpływu na Twoje życie.

12. Dlaczego jestem kierowany do lekarzy o różnych specjalnościach / odsyłany między lekarzami?

Pacjenci często czują się zagubieni w procesie swojego leczenia. Już na początku, ale i w trakcie terapii nie rozumieją, dlaczego lekarz pokierował ich np. do urologa, a inny do radioterapeuty, czy onkologa na konsultację. Podstawowym i obecnie obowiązującym sposobem leczenia raka prostaty, w szczególności w fazie uogólnionej, jest wielodyscyplinarne podejście, co oznacza, że różni specjaliści angażują się w leczenie danego chorego. Dlatego jesteś kierowany do różnych lekarzy np. urologa, onkologa czy radioterapeuty, aby można było wybrać najbardziej optymalne leczenie i abyś mógł uzyskać wiarygodne informacje o różnych metodach postępowania. Ma to na celu umożliwienie Ci świadomego wybrania sposobu leczenia, jakiemu miałbyś się poddać. W trakcie takich konsultacji jest czas na zadawanie pytań na temat czasu leczenia, rokowania, skutków ubocznych i możliwych powikłań, wymaganej obserwacji po leczeniu i możliwości leczenia w przypadku niepowodzenia. W przypadku braku zrozumienia lub wątpliwości powinieneś

jeszcze raz wykonać konsultację lub odwiedzić innego specjalistę z danej dziedziny. U danego chorego z rakiem prostaty mogą być stosowane różne metody leczenia. Wybór właściwej metody zależy od wielu czynników, a także od stanu ogólnego zdrowia i preferencji chorego. Dlatego tak ważne jest, abyś zapoznał się z różnymi dostępnymi formami leczenia.

W wielu przypadkach, a w ostatnim czasie u znacznego odsetka chorych, leczenie przynosi trwałe wyleczenie z raka prostaty, co oznacza, że będziesz długo żył po zakończeniu leczenia, i dlatego tak ważne jest zrozumienie ewentualnych działań niepożądanych terapii, które mogą Ci towarzyszyć.

Komentarz psychoonkologa:



Wejście z dotychczasowego życia w system leczenia to dla wielu osób chorych duże przeżycie emocjonalne. Z jednej strony z powodu diagnozy, a z drugiej z powodu wielu procedur medycznych, kolejek, zmieniających się lekarzy specjalistów. To wszystko wymaga dużej odporności psychicznej, ale też zrozumienia zasad panujących w danym ośrodku leczniczym. Dlatego masz prawo, a nawet powinieneś zadać lekarzowi pytanie o swój proces leczenia, szczególnie kiedy czujesz się zagubiony i zdezorientowany.

SEKSUALNOŚĆ

13. Czy po operacji będę sprawny seksualnie, czy będę mógł odczuwać dalej przyjemność seksualną?



Radykalna prostatektomia będąca jedną z ważnych i skutecznych metod leczenia polega na usunięciu gruczołu krokowego wraz z ogniskami raka. Z uwagi na położenie tego narządu w dniu miednicy może dojść do uszkodzenia w czasie zabiegu ważnych struktur odpowiedzialnych za funkcje seksualne, m.in. uszkodzenie pęczków naczyniowo-nerwowych. Zachowanie tych elementów zależy od kilku faktów, wśród

których najważniejsze są stopień zaawansowania raka, budowa anatomiczna miednicy, dostępność nowoczesnej techniki operacyjnej, ale także umiejętności urologa w przeprowadzeniu skomplikowanych operacji.

Postęp technologiczny, jaki dokonał się w ostatnich latach w zakresie leczenia raka prostaty, dotyczący m.in. wdrożenia systemów robotowych, wyraźnie poprawia precyzję prowadzenia zabiegu, co zwiększa szanse dokładnego preparowania tkanek i w konsekwencji zachowanie funkcji seksualnych. Należy jednak pamiętać, że priorytetem leczenia onkologicznego jest wyleczenie z choroby nowotworowej, co w niektórych przypadkach w efekcie powikłań naraża chorego na działania niepożądane m.in. zaburzenia wzwodu czy nietrzymanie moczu. W zakresie funkcji seksualnych najistotniejszym powikłaniem może być brak wzwodu, który wraz z upływem czasu i wdrożonego leczenia może ulegać poprawie. Jednak u dość istotnego odsetka chorych uzyskanie wzwodu będzie niemożliwe. Okresowo chorzy mogą odczuwać dyskomfort w prąciu, podbrzuszu, miednicy czy kroczu, mogący nasilać się w czasie prób aktywności seksualnej. Nawet gdy uzyskanie wzwodu prącia jest możliwe i mężczyzna odbywa stosunek płciowy, przeżywając orgazm, to faktowi temu nie towarzyszy wytrysk (mówimy wówczas o tzw. „suchym orgazmie”). Obok usunięcia prostaty jest to także konsekwencją usunięcia dróg i narządów płciowych zapewniających wytrysk.

Istnieją różne możliwości takie jak: farmakoterapia (na przykład leki na zaburzenia erekcji), stosowanie fizjoterapii, implantacja protez prącia, używanie pompek erekcyjnych, terapie hormonalne i psychoterapia, które mogą pomóc w przywróceniu pełnej zdolności seksualnej.

Właściwa rehabilitacja po zakończeniu procesu leczenia, a często i przed operacją, w wyraźny sposób może poprawić (przyspieszyć) powrót funkcji seksualnych, kontroli trzymania moczu i ogólnej wydolności fizycznej. Stosowanie przewlekłe niewielkich dawek leków usprawniających funkcje seksualne m.in. inhibitorów fosfodiesterazy typu 5 może usprawniać powrót erekcji i umożliwić współżycie.



Seksualność to najbardziej delikatna sfera ludzkiego rozwoju. I chociaż każdy człowiek podchodzi do sfery życia bardzo indywidualnie, to jedno jest pewne – człowiek jest istotą seksualną przez całe swoje życie. Od momentu poczęcia do późnej starości. Obszar seksualności może być postrzegany jako zaspokojenie własnych potrzeb fizycznych, jak również jako przeżycie dwojga ludzi, dla których intymne spotkanie jest wynikiem dojrzałej miłości, zaufania i chęci obdarowania drugiego człowieka sobą. Choroba nie musi i nie powinna być przeszkodą do realizacji potrzeb bliskości i seksualności. Z psychologicznego punktu widzenia najważniejszymi elementami wpływającymi na bliskość i życie seksualne są: zdrowa relacja partnerska, gdzie obie strony dbają o szeroko rozumianą atrakcyjność, intymność, otwarta rozmowa o swoich potrzebach, ograniczeniach, oraz bez względu na stan zdrowia i wieku poszukiwanie drogi do realizacji swoich potrzeb emocjonalnych i seksualnych. Nierzadko też, zanim choroba ograniczy fizyczne możliwości odbycia stosunku, atmosfera w związku od dawna nie sprzyja intymnemu zbliżeniu.

Biorąc odpowiedzialność za tę sferę życia, otwarcie porozmawiaj z partnerką o kondycji Waszej relacji i jej potrzebach, również tych naprawczych. Pamiętaj również, że zły stan psychiczny wpływa negatywnie na myślenie o bliskości, intymności, czy też seksie.

Czasami drogą do bliskości seksualnej jest spokojna otwarta rozmowa, przytulenie, pocałunek, pieszczoty. Ważnym aspektem budowania relacji seksualnej w związku jest stan psychiczny partnerów. Depresja, lęk nie sprzyjają myśleniu o intymności, seksie. Dlatego zwróć uwagę na ten aspekt i nie opieraj się na domysłach i wiedzy z Internetu, ale otwarcie porozmawiaj z lekarzem o swoim stanie psychicznym i o możliwościach powrotu do sprawności seksualnej po leczeniu.

Ponieważ jest to Twoje życie, to nie zostawiaj niczego przypadkom i nie czekaj, że lekarz sam rozpocznie rozmowę na tematy zaburzeń seksualnych.

14. Jakie są możliwości fizjoterapii w powrocie funkcji erekcyjnej po radykalnej prostatektomii?

Zaburzenia erekcji są jednym z powikłań po radykalnej prostatektomii. Podobnie jak nietrzymanie moczu mogą być one przejściowe i uważa się, że funkcja erekcyjna u pacjentów, u których zachowane są pęczki naczyniowo-nerwowe odpowiedzialne za erekcję, może wracać nawet do 2 lat od zabiegu. Doświadczenie pokazuje jednak, że wczesne podjęcie rehabilitacji funkcji erekcyjnej powoduje szybszy powrót tej funkcji. Zadbaj o to, aby możliwie szybko, jeśli lekarz zaleci, przyjmować leki wspomagające erekcję (inhibitory fosfodiesterazy typu 5) i nie odkładać na później np. po powrocie trzymania moczu. Zbyt długie zwlekanie z rehabilitacją funkcji erekcyjnej może powodować skrócenie prącia i w przyszłości słabszą erekcję ze względu na zwłóknienia w ciałach jamistych.

Brak spontanicznych erekcji nocnych i porannych zastąp treningiem pompką erekcyjną. Jest to urządzenie wywołujące erekcję w sposób mechaniczny, wypełniając ciało jamiste krwią za pomocą podciśnienia. Dzięki temu możliwe jest osiągnięcie orgazmu nawet przy braku erekcji. Pozytywne nastawienie i nieunikanie aktywności seksualnej, mimo braku erekcji, buduje pewność siebie, zapewnia prawidłową relację w związku i przyspiesza powrót erekcji. Podobnie jak w przypadku nietrzymania moczu, w zaburzeniach erekcji duże znaczenie mają ćwiczenia mięśni dna miednicy i dobra świadomość okolicy krocza. Odpowiednia elastyczność i kurczliwość mięśni wpływają na naczynia krwionośne tętnicze i żyłne. Z jednej strony uruchamiając efekt pompy mięśniowej, włączają krew do ciał jamistych, z drugiej strony ograniczają odpływ krwi żyłnej, co gwarantuje odpowiednią sztywność. Jeśli pomimo starań funkcja erekcyjna nie wraca, skonsultuj się z lekarzem specjalizującym się w leczeniu zaburzeń erekcji, czyli urologiem-andrologiem.

15. Czego mogę spodziewać się po radioterapii w kontekście seksualności?

Radioterapia jest jedną z metod radykalnego leczenia raka prostaty i dostępna jest w formie naświetlania z pól zewnętrznych lub brachyterapii (naświetlanie „od środka”). Zakres prowadzenia radioterapii zależy od stopnia zaawansowania raka. Współcześnie dzięki unowocześnieniu technologii naświetlań leczenie to charakteryzuje się wysoką skutecznością, ale jak każda metoda może doprowadzać

nie tylko do wyleczenia, lecz także może być związana z występowaniem działań niepożądanych m.in. wpływających na sferę seksualną pacjentów, dotyczącą np. zaburzeń wzrodu. Oczywiście, nie wszyscy pacjenci doświadczają efektów ubocznych radioterapii. Poza ewentualnym negatywnym wpływem na sferę seksualną objawy niepożądane związane z radioterapią dotyczą głównie uszkodzenia struktur sąsiednich, które są wokół prostaty, czyli uszkodzenia śluzówki pęcherza czy dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Na szczęście istnieje wiele różnych opcji leczenia i terapii wspomagających rehabilitację seksualną dla pacjentów po radioterapii raka prostaty. Wśród nich można wymienić farmakoterapię (leki usprawniające erekcję), sprzęt medyczny wspomagający wzwód (pompy próżniowe), terapie hormonalne czy psychoterapię. Ważne jest, abyś rozmawiał o swoich obawach i problemach z lekarzem prowadzącym, który może zalecić Ci odpowiednie rozwiązania terapeutyczne.

16. Jakich zmian w seksualności mogę spodziewać się w trakcie hormonoterapii? Co z moją męskością? Boję się, że przestanę być mężczyzną.

Męskość jest często utożsamiana z libido, zdolnością do długotrwałego seksu i brakiem jakiegokolwiek niemożności seksualnej. Jednakże, rzeczywistość jest bardziej różnorodna, a zdolności seksualne mogą znacznie różnić się między mężczyznami. Definicja męskości może być różna dla różnych osób i środowisk. Pozwól sobie na indywidualne wyrażanie swojej tożsamości i nie oceniaj jej według stereotypów społecznych.

Hormonoterapia, która jest stosowana w leczeniu raka prostaty, może wpłynąć na Twoją seksualność w różny sposób. Możesz spodziewać się zmian w płodności, libido oraz odczuwaniu męskości. W przypadku płodności istnieje ryzyko obniżenia lub całkowitej utraty płodności pod wpływem leczenia hormonalnego. W przypadku libido, również może wystąpić spadek chęci do stosunków seksualnych, zainteresowania sferą erotyczną, płcią przeciwną. Także odczucie męskości może być zaburzone przez zmiany hormonalne oraz psychoemocjonalne skutki choroby i leczenia.

Jednakże, ważne jest, abyś pamiętał, że męskość nie jest związana jedynie z płodnością, libido czy liczbą stosunków seksualnych. Prawdziwa męskość to pojęcie znacznie szersze. Męskość może być kojarzona z cechami takimi jak siła, odwaga, wytrwałość, uczciwość, odpowiedzialność czy empatia. To, jak radzisz sobie z trudnościami, jak dbasz o siebie i swoich bliskich, jak okazujesz swoje uczucia i jaką rolę odgrywasz w społeczeństwie, również definiuje Twoją męskość.

W związku z tym, zachowując wartość siebie i swoją męskość, możesz skupić się na budowaniu innych form bliskości z partnerką/partnerem. Ważne jest otwarte komunikowanie się i dzielenie swoich emocji, obaw i potrzeb. Możesz poszukiwać innych sposobów wyrażania czułości i uczuć wobec swojej partnerki/partnera, np. poprzez pieszczoty, gesty czułości, wspólne spędzanie czasu, wzajemne wsparcie, czy rozmowy o swoich uczuciach.

Bądź otwarty na zmiany, szukaj wsparcia u bliskich i profesjonalistów, a także pamiętaj, że prawdziwa męskość nie jest ustalona jednoznacznie, lecz zależy od Ciebie i Twoich wyborów.

Pamiętaj, że zawsze możesz szukać pomocy i wsparcia u specjalistów, którzy pomogą Ci zrozumieć i zaakceptować zmiany związane z hormonoterapią oraz wesprzeć Cię w utrzymaniu wartości siebie i swojej męskości.

17. Jaki wpływ będzie miała hormonoterapia na moje życie (skutki uboczne obniżenia testosteronu poza wpływem na seksualność)?

Hormonoterapia to skuteczne leczenie, mające na celu obniżenie poziomu testosteronu. Stanowi ona podstawę leczenia farmakologicznego pacjentów chorujących na raka prostaty. Dzięki obniżeniu testosteronu w surowicy krwi wyraźnie dochodzi do spowolnienia przebiegu choroby, poprawia się stan ogólny chorego, zmniejszają się dolegliwości bólowe. Jak każde leczenie również i hormonoterapia może wywołać działania niepożądane poza wpływem na seksualność. Niektóre z potencjalnych skutków ubocznych to:

- senność, zmęczenie i osłabienie wywołane przez obniżenie poziomu testosteronu, odczuwanie ogólnego zmniejszenia energii, wydolności fizycznej oraz psychicznej;

- zmiany nastroju – niektórzy pacjenci mogą doświadczać zmian nastroju, depresji, lęku lub zwiększonej drażliwości;
- problemy z koncentracją i pamięcią – niektórzy pacjenci mogą doświadczać trudności z koncentracją, zapamiętywaniem informacji, może dojść do ogólnego obniżenia zdolności poznawczych;
- zmniejszona gęstość kości – obniżony poziom testosteronu może zwiększyć ryzyko osteoporozy i złamań kości;
- zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych – obniżony poziom testosteronu może być związany z większym ryzykiem chorób serca i zawałów;
- zmiany w masie ciała – może dojść do zwiększenia masy tkanki tłuszczowej i zmniejszenia masy mięśniowej, u części mężczyzn;
- uderzenia gorąca – część mężczyzn odczuwa nagłe i intensywne uczucie gorąca. Uderzenia gorąca mogą być powiązane ze zwiększonym poceniem się, szybszym biciem serca oraz uczuciem zmęczenia.

Regularne badanie stężenia PSA co 3 miesiące, kontrola poziomu testosteronu (wykonywana okresowo w trakcie leczenia i zawsze w przypadku wzrostu PSA) i monitorowanie potencjalnych skutków ubocznych terapii są niezbędne, aby dostosować leczenie do Twoich potrzeb. Konieczne może być także stosowanie dodatkowych terapii wspomagających, takich jak suplementacja witamin i minerałów, regularna aktywność fizyczna i zdrowa dieta. Działania niepożądane, które mogą wystąpić podczas hormonoterapii, można kontrolować. Jeśli zaobserwujesz u siebie jakiegokolwiek niepokojące zmiany w wyglądzie, zmiany w zachowaniu, powiedz o nich swojemu lekarzowi prowadzącemu.

Gdy otrzymujesz leki obniżające stężenie testosteronu, staraj się aktywnie przeciwdziałać skutkom niepożądanym tego leczenia. Bądź regularnie aktywny fizycznie, wysypiaj się, stosuj właściwą dietę, kontroluj ciśnienie krwi, badaj regularnie krew m.in. w aspekcie zaburzeń metabolicznych.

18. Jak rozmawiać w związku o życiu seksualnym?

Choć nierzadko zdajesz sobie sprawę z negatywnego wpływu radykalnej prostatektomii na Twoje życie seksualne i wydaje Ci się, że jesteś do tego przygotowany, to niezmiernie ważne jest, abyś odbył konsultację z psychoonkologiem czy seksuologiem. Pomoc ta nie tylko pomoże Ci w zrozumieniu przyczyn aktualnego stanu zdrowia, ale przede wszystkim wskaże Ci ścieżkę radzenia sobie z problemami braku wzwodu, zaburzeń libido, obniżenia motywacji czy napędu życiowego.

Komentarz psychoonkologa:



Rozmowa na temat seksu wymaga od partnerów dojrzałości i delikatności.

Ważne, aby pamiętać, że w pierwszym momencie po diagnozie i w okresie leczenia wielu mężczyzn nie myśli o podejmowaniu aktywności seksualnej, co może być spowodowane dużym stresem i zmęczeniem fizycznym. Niemniej jednak już na początku choroby warto, abyście Ty i Twoja partnerka porozmawiali z lekarzem o możliwościach powrotu do aktywności seksualnej. Perspektywa zdolności podjęcia działań w celu odzyskania sprawności seksualnej wprowadza spokój i daje nadzieję na przyszłość.

Wielu mężczyzn z problemami seksualnymi unika rozmowy na ten temat i dlatego tak ważna jest rola partnerki i jej delikatność. Nie należy pomniejszać problemu i nie pocieszać mężczyzny na siłę, ale z empatią wysłuchać i zachęcić partnera do rozmowy o znalezieniu rozwiązania, nawet jeżeli nie byłoby to rozwiązanie idealne.

Drogą do odbudowania bliskości seksualnej jest czułość okazywana sobie wzajemnie czy drobne gesty wskazujące, jak bardzo jesteśmy dla siebie ważni i atrakcyjni.

Rozpoczynając rozmowę na tematy seksualne, warto wziąć pod uwagę, czy i w jaki sposób para poruszała problem seksu, swoich potrzeb i fantazji przed chorobą współpartnera. Rozmowa na tematy intymne to dla wielu par trudny temat i nie wynika z ograniczeń związanych z chorobą. Każda

para wypracowuje właściwą dla siebie komunikację dotyczącą różnych aspektów życia, w tym seksu, a choroba jest czasem weryfikacją kondycji każdego związku w różnych aspektach życia, szczególnie komunikacji. Tylko dzięki rozmowie jesteśmy w stanie poznać emocje, uczucia, potrzeby i ograniczenia drugiej osoby i sami możemy je wypowiedzieć. Domyślanie się, co druga osoba czuje lub oczekiwanie, że domyśli się, co my czujemy lub co chciała powiedzieć, to wielka pułapka.

Czasami warto skorzystać z porady psychoterapeuty par, dzięki czemu łatwiej Wam będzie spojrzeć na problemy w związku z innej perspektywy i nabrać zdrowego dystansu.

Nietrzymanie moczu

19. Słyszałem, że po usunięciu prostaty ruch ciała, podnoszenie przedmiotów, czy nawet śmiech może doprowadzić do mimowolnego oddania moczu, czy jest to prawda?

Po usunięciu prostaty jak i innych zabiegach chirurgicznych może dojść do nietrzymania moczu. To powszechne zjawisko może być ściśle powiązane z zastosowaną techniką chirurgiczną, może wynikać również z powodu osłabienia mięśni dna miednicy, które są odpowiedzialne za kontrolę wydalania moczu. Na szczęście mimowolne oddawanie moczu może być przejściową niedogodnością, którą można wyeliminować, czy też znacznie ograniczyć, przestrzegając zaleceń lekarza prowadzącego, bądź rehabilitanta. Więcej na ten temat znajdziesz w odpowiedziach do pytań 20-24.

20. Czy to prawda, że pacjenci po operacji noszą pieluchy, pieluchomajtki lub wkładki urologiczne?

Jednym z podstawowych skutków ubocznych usunięcia gruczołu krokowego może być nietrzymanie moczu, najczęściej najbardziej nasilone w początko-



wym okresie po operacji. Zazwyczaj ustępuje lub wyraźnie zmniejsza się wraz z upływem czasu. Szczególnie korzystny wpływ na powrót trzymania moczu ma rehabilitacja przed- i pooperacyjna oraz ogólny dobry stan biologiczny mężczyzny (pod uwagę brane są aktywność fizyczna, choroby dodatkowe, stan neurologiczny, używki, przebyte urazy i radioterapia). Rehabilitacja dotyczy wzmacniania, poprawy elastyczności i ukrwienia mięśni dna miednicy, które wspomagają kontrolę trzymania moczu. Postępowanie takie uczy chorego, jak właściwie napinać aparat zwieraczowy, jak zapobiegać ewentualnemu gubieniu moczu w czasie wysiłku, kaszlu czy podnoszenia ciężkich przedmiotów. Proces rehabilitacji trwa długo – nawet do kilku czy kilkunastu miesięcy – więc nie zniechęcaj się brakiem natychmiastowej poprawy w trakcie fizjoterapii. Stosowanie pieluch lub wkładek jest doraźną metodą radzenia sobie z nietrzymaniem moczu.

W przypadku braku powrotu kontroli oddawania moczu (stałe gubienie moczu) pomimo długotrwałej rehabilitacji po wykonaniu właściwych specjalistycznych badań m.in. badania urodynamicznego, pacjentowi oferuje się wszczępienie sztucznego zwieracza cewki moczowej. Mężczyźni odczuwają upokorzenie faktem, że będą musieli nosić pieluchy czy pieluchomajtki. Kwestie związane z nietrzymaniem moczu są często traktowane jako temat tabu, przez co osoby gubiące bezwiednie mocz czują się samotne i niezrozumiane. Pieluchomajtki są zabezpieczeniem higienicznym, które ma służyć poprawie jakości życia i doraźnemu radzeniu sobie z tą dolegliwością. Pamiętaj, że u większości chorych stosowanie pieluchomajtek jest tylko czasowe, w miarę upływu czasu, po wykonywaniu właściwej rehabilitacji powraca kontrola nad oddawaniem moczu.

Komentarz psychoonkologa:



Leczenie raka prostaty wiąże się często z różnego rodzaju skutkami ubocznymi i związanym z tym dyskomfortem psychicznym i fizycznym, m.in. z powodu nietrzymania moczu. Od pewnego etapu naszego dzieciństwa jesteśmy uczeni, że potrzeby fizjologiczne należy zafatwiać w toalecie, a nie do pieluchy. Tak więc w sytuacji, kiedy doświadczasz nietrzymania moczu i jesteś zmuszony założyć pieluchę, to masz prawo odczuwać dyskomfort, a nawet złość. Dlatego po zabiegu prostatektomii tak ważna jest rehabilitacja i motywacja oraz Twoje zaangażowanie w wykonywanie ćwiczeń. Podstawą motywacji jest osobiste przekonanie, że to

co robisz, ma dla Ciebie sens. Tak więc, zamiast godzić się na dyskomfort nietrzymania moczu, poszukaj rozwiązania.

21. Czym różni się pielucha od pieluchomajtek, majtek chłonnych i wkładki urologicznej?

Pieluchomajtki są zabezpieczeniem głównie dla pacjentów leżących z nietrzymaniem moczu i kału. Korzystają z nich przede wszystkim pacjenci neurologiczni ze znacznym ograniczeniem funkcji motorycznych. Są one zapinane na rzepy i ponieważ są dosyć obszerne, utrudniają mobilność. Nie jest to zabezpieczenie, z którego korzystają pacjenci leczeni z powodu raka prostaty. Pacjenci po operacji usunięcia gruczołu krokowego, ze względu na konieczność zacewnikowania we wczesnym okresie pooperacyjnym, będą korzystać z materiałów chłonnych dopiero po usunięciu cewnika. Należy pamiętać, żeby na usunięcie cewnika do szpitala zabrać ze sobą majtki chłonne, gdyż może się okazać, że w pierwszym momencie po usunięciu cewnika pacjenci nie będą mieli kontroli nad oddawaniem moczu. Majtki chłonne są zabezpieczeniem zakładanym jak zwykła bielizna. Przylegają one dobrze do ciała, są rozciągliwe, jednak należy dobrać właściwy rozmiar w zależności od obwodu pasa. Posiadają część chłonną głównie z przodu i nadają się dla pacjentów z nietrzymaniem moczu nawet w stopniu znacznym. Nie należy jednak kupować tego zabezpieczenia w dużej ilości, ponieważ większość pacjentów po krótkim okresie braku kontroli trzymania moczu szybko odzyskuje część kontynencji (inaczej zdolności organizmu do dobrowolnego zatrzymywania moczu) i wystarczą im wkładki na nietrzymanie moczu. Wkładki mają anatomiczny kształt zbliżony do trójkąta, tak aby można je było wkleić do przedniej części bielizny (najlepiej slipów lub przylegających bokserek – bielizna nie powinna być luźna). Waga i grubość zależy od ilości materiału chłonnego. Wkładki level 3 mają największą chłonność, natomiast level 1 najmniejszą. Dla pacjentów, którzy gubią niewielką ilość moczu, w ciągu dnia są wkładki light/slim supercienkie (patrz ryc. na stronie 36).

22. Gdzie mogę zaopatrzyć się w pieluchy, pieluchomajtki lub wkładki urologiczne?

Produkty chłonne na nietrzymanie moczu możesz zakupić zarówno w sklepach stacjonarnych, jak i internetowych (np. sklepy internetowe, platformy zakupowe).

Porównaj oferty różnych sklepów, ponieważ różnice cen tych produktów mogą być znaczące. Ze względu na duże zainteresowanie materiały chłonne są dostępne w większości aptek, drogerii i sklepów medycznych. Jeśli potrzebujesz zabezpieczeń przez dłuższy czas, poproś o wystawienie zapotrzebowania na produkty chłonne, ponieważ są one częściowo refundowane przez NFZ.



Majtki chłonne



Pieluchomajtki



Wkładki urologiczne

23. Czy powinienem ćwiczyć po zabiegu usunięcia prostaty? Jakie ćwiczenia mogę wykonywać, a jakich unikać?

Pamiętaj, że operacja radykalnej prostatektomii jest zabiegiem znacząco ingerującym w struktury dna miednicy. Wytworzenie połączenia cewkowo-pęcherzowego w miejscu usunięcia gruczołu będzie wymagać od Ciebie rezygnacji z intensywnych aktywności fizycznych, takich jak bieganie, dźwiganie, skoki oraz jazda na rowerze (ze względu na nacisk na środek ścięgniasty krocza – miejsce operacji) przez okres ok. 6 tygodni. Taki czas jest potrzebny do zagojenia się blizny, tak aby połączenie cewki i pęcherza pozostało szczelne. Umiarkowana aktywność fizyczna, jak spacer, nordic walking, joga, stretching, tai-chi, basen (warunkiem jest trzymanie moczu lub korzystanie z zacisku prąciowego), jest wskazana i gwarantuje odpowiednią stymulację układu krążenia, utrzymanie masy ciała na odpowiednim poziomie, zachowanie odpowiedniego napięcia mięśni szkieletowych oraz dobrego samopoczucia.

Ćwiczenia możesz rozpocząć dopiero po konsultacji z lekarzem prowadzącym, który oceni stan gojenia tkanek, brak ewentualnych obrzęków i krwiaków.

Nie ćwicz mięśni dna miednicy przed usunięciem cewnika!

Pamiętaj, żeby w pierwszym etapie nie ćwiczyć zbyt intensywnie, gdyż może to spowodować nasilenie dolegliwości bólowych i pogorszenie trzymania moczu. Celem ćwiczeń we wczesnym okresie po operacji nie jest wzmacnianie mięśni, a poprawa ukrwienia okolicy krocza i utrzymanie elastyczności tkanki. Jeśli proces gojenia przebiega prawidłowo, możesz zwiększyć intensywność ćwiczeń.

Ze względu na fakt, iż mięśnie krocza są położone głęboko i nie widać efektu ich skurczu, część pacjentów może mieć problem z ich właściwym uruchomieniem. W takim przypadku najlepiej udać się do fizjoterapeuty uroginiekologicznego, który używając odpowiednich urządzeń, nauczy Cię odpowiedniej aktywności dna miednicy. Optymalnie byłoby, aby taka konsultacja mogła się odbyć jeszcze przed operacją, tak abyś miał czas na właściwy trening i wytworzenie świadomości okolicy krocza, co ułatwi Ci prawidłowe ćwiczenie po zabiegu.

24. Jak mogę zadbać o siebie, żeby zminimalizować nietrzymanie moczu?

Udowodniono, że pacjenci z niższym wskaźnikiem BMI (np. pacjenci bez nadwagi czy otyłości) mają statystycznie mniejsze problemy z trzymaniem moczu. Ważne jest, aby po operacji pozostać aktywnym, co ułatwi utrzymanie masy ciała na odpowiednim poziomie. Po operacji ważne jest wypijanie odpowiedniej ilości wody w ciągu dnia (2,5 – 3 litry), co najczęściej jest przekazywane w zaleceniach lekarskich. Część pacjentów ze względu na nietrzymanie moczu ogranicza jednak ilość płynów spożywanych w ciągu dnia i nadrabia, uzupełniając je wieczorem. Powoduje to zwiększenie diurezy w nocy i zmusza pacjentów do wstawania, a przez to uniemożliwia odpowiedni sen i regenerację. Rozłóż więc picie wody równomiernie w ciągu dnia i unikaj spożywania płynów przed snem i w nocy.

Odpowiednia lekkostrawna dieta bogata w błonnik zmniejsza ryzyko zaparć, które mogą nasilać nietrzymanie moczu. Zadbaj również o suplementację probiotyków, które wspomogą odpowiednią pracę jelit i transfer jelitowy.

Niektóre produkty, takie jak pikantne przyprawy, kawa, herbata, napoje gazowane, energetyki, mogą nasilać nietrzymanie moczu ze względu na działanie drażniące na ściany pęcherza. Unikanie tych produktów spowoduje lepszą kontrolę trzymania moczu.

Alkohol zawsze powoduje zmniejszenie zdolności trzymania moczu!

PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ I POBYTU W SZPITALU



25. Jak powinienem przygotować się do badań?

Przed przybyciem do szpitala wskazane jest, abyś dokładnie zapoznał się z przewidywanym czasem pobytu (ile orientacyjnie dni będzie przebywał w szpitalu), wiedział, jaki charakter będzie miało leczenie operacyjne, jak będą wyglądały pierwsze godziny i dni po zabiegu. Ważne jest, aby był przygotowany do dokładnego opisu swojej zasadniczej choroby (wyniki badań, zdjęcia) oraz miał informacje o przyjmowanych lekach, związanych z innymi dolegliwościami. Warto, abyś wiedział, jak ewentualnie może mieć kontakt z najbliższymi czy lekarzem prowadzącym. Ponadto ważne jest właściwe przygotowanie ciała do diagnostyki i zabiegu.

Higiena przed badaniem prostaty i operacją jest szczególnie ważna, aby zapewnić dokładność wyników i zminimalizować ryzyko powikłań operacyjnych.

Przed przyjazdem do szpitala umyj dokładnie ciało, zwłaszcza okolice intymne, używając łagodnego mydła i ciepłej wody. Staraj się unikać używania perfumowanych produktów higienicznych, które mogą podrażniać

skórę. Wszelkie wątpliwości dotyczące higieny zawsze konsultuj z lekarzem lub pielęgniarką. Nie bój się pytać. Przed zabiegiem nie będziesz poddany jakimś specjalnym procedurom, jak np. konieczność przyjmowania środków przeczyszczających, a jedynie będziesz poproszony o usunięcie owłosienia z okolic, gdzie będzie nacinana skóra. W dniu zabiegu pozostaniesz na czczo, a powrót do przyjmowania posiłków będzie uzależniony od przebiegu zabiegu i obowiązujących procedur w danym oddziale.

Komentarz psychoonkologa:



Pobyt w szpitalu wiąże się z większym lub mniejszym dyskomfortem, co jest zupełnie zrozumiałe. Niemniej jednak warto zwrócić uwagę na to, jakie scenariusze tworzy nasz mózg i nie przyjmować tego bezrefleksyjnie. W psychologii istnieje zjawisko opisywane jako samospełniające się proroctwo, gdzie nastawienie wobec jakiegoś zdarzenia zmienia nasze zachowania w taki sposób, że uzyskujemy to, czego oczekiwaliśmy. I tak nastawiając się, że nie damy rady, skupiamy się wyłącznie na tym, co trudne, i potwierdzamy swoje przewidywania. Tak więc spróbuj nastawić się bardziej pozytywnie i potraktować pobyt w szpitalu jako jeden z elementów w powrocie do zdrowia. Aby nie generować jeszcze większego stresu, unikaj rozmów z innymi pacjentami na temat ich stanu. Każdy choruje inaczej i nie ma powodu żyć historią innych osób chorych. W tym celu skup się na słuchaniu muzyki, podcastów, a o swojej chorobie rozmawiaj z lekarzem. W trakcie pobytu w szpitalu możesz zapytać o możliwość skorzystania z pomocy psychologa.

26. Czy powinienem wydepilować miejsca intymne przed zabiegiem usunięcia prostaty? Jak to zrobić?

Depilacja przed zabiegiem usunięcia prostaty (prostatektomii) zwykle dotyczy dolnej części brzucha. Lekarze często zalecają usuwanie włosów z tych obszarów, aby zapewnić czystość, uniknąć infekcji, ułatwić gojenie się ran. Depilację możesz przeprowadzić na różne sposoby, takie jak:

- **golenie** – możesz stosować zwykłą maszynkę do golenia, bądź elektryczną. Zachowaj jednak ostrożność, aby nie zranić skóry;

- **woskowanie** – jest to rozwiązanie z dłuższym efektem, które usuwa włosy wraz z cebulkami. Może być wykonane w domu lub w zakładzie kosmetycznym;
- **depilatory chemiczne** – istnieją kremy, które usuwające włosy za pomocą zawartych w nich substancji chemicznych. Zazwyczaj aplikuje się je na skórę na kilka minut, a następnie usuwa włosy zestawem dołączonym do produktu.

Depilację najlepiej przeprowadzić w niedługim czasie przed zabiegiem. Wybór metody depilacji między goleniem mechanicznym, elektrycznym, chemicznym może mieć znaczenie (np. golenie mechaniczne niesie większe ryzyko uszkodzeń skóry niż golenie elektryczne). Dlatego pamiętaj, jeśli nigdy wcześniej nie depilowałeś swojego ciała przez zabiegiem chirurgicznym i odczuwasz niepewność jak właściwie przygotować się do zabiegu, zawsze warto skonsultować się z personelem medycznym i dopytać. Klarowna komunikacja między pielęgniarką, lekarzem prowadzącym i pacjentem jest kluczowa w minimalizacji stresu związanego z zabiegiem, jak i efektywnej współpracy podczas całego procesu leczenia;

Depilację wykonaj przed zabiegiem, stosując się ściśle do zaleceń lekarza.

27. Jak długo trwa zabieg prostatektomii? Ile czasu spędzę w szpitalu?

Czas trwania zabiegu prostatektomii może się różnić w zależności od typu procedury i okoliczności indywidualnego przypadku. W przypadku prostatektomii laparoskopowej czy z wykorzystaniem robota, czas operacji wynosi zazwyczaj 2-3 godziny (podobnie operacji otwartej). Gdy usuwane są węzły chłonne miednicy, zabieg wydłuża się o około jedną godzinę.

Zazwyczaj pacjenci zostają w szpitalu przez około 1-3 dni po operacji laparoskopowej czy robotowej, a 3-7 dni po prostatektomii otwartej.

Zauważ, że te informacje są ogólne i mogą się różnić w zależności od indywidualnej sytuacji.

Czas, który spędzisz w szpitalu po zabiegu prostatektomii, również może się różnić. Pamiętaj, że czas hospitalizacji może być wydłużony w przypadku powikłań lub innych czynników. Konkretny czas trwania operacji i czas hospitalizacji zostanie określony przez lekarza na podstawie Twojego stanu zdrowia, historii medycznej i innych czynników.

DLA RODZIN I OSÓB BLISKICH PACJENTA CHOREGO NA RAKA PROSTATY



Komentarz psychoonkologa:



Choroba onkologiczna to nie tylko wyzwanie dla samego pacjenta, ale również dla całego „systemu rodzinnego”. Osoby bliskie stają w obliczu nowej i trudnej sytuacji, gdzie obok własnych emocji, w tym lęku o zdrowie i życie osoby chorej, muszą stanąć na wysokości zadania i okazać wsparcie emocjonalne choremu i nierzadko przejąć wiele obowiązków, w tym również logistyki zorganizowania leczenia i codziennego funkcjonowania rodziny. Każda poważna sytuacja kryzysowa, w tym choroba osoby bliskiej, ujawnia dotychczasową kondycję „systemu rodzinnego”. Dlatego to, w jaki sposób „system rodzinny” zaadaptuje się do nowej sytuacji życia z chorobą osoby bliskiej, zależy od wielu zmiennych, m.in. od tego, jak dotychczas układały się relacje wewnątrz rodziny, w tym z osobą chorą, jak wyglądała dotychczasowa komunikacja, czy otwarcie rozmawiano na tematy trudne, czy też obowiązywała zmowa milczenia i magiczne myślenie „będzie dobrze”, czy osoba chora była opoką i wsparciem dla pozostałych członków rodziny i z chwilą choroby nastąpiło zachwianie równowagi w całym systemie rodzinnym. Można powiedzieć, że choroba członka rodziny to wielkie „sprawdzam” dla całego „systemu rodzinnego” – współmałżonki, dzieci, wnuków. Chcąc jednak podjąć niełatwej sytuacji, jaką jest połączenie wsparcia osoby chorej z zadaniem o swoją kondycję psychofizyczną, warto wziąć

pod uwagę kilka sugestii. Osoba wspierająca ma prawo do swoich emocji i potrzebuje czasu, aby zaadaptować się do nowej sytuacji.

- Realnie oceniaj swoje możliwości psychiczne, fizyczne i pozwól sobie pomóc. W przeciwnym razie zamiast pomagać, zaczynamy szkodzić sobie i osobie chorej. Osoby chore są bardzo wyczerpane na komunikaty niewerbalne otaczających ich ludzi. Bardzo szybko orientują się, w jakiej kondycji psychofizycznej jest osoba wspierająca i nie chcąc jej nadwyręzać, zaczynają zamykać się w swoim świecie, unikając rozmów na tematy trudne.
- Nie uciekaj na siłę od trudnych myśli, np. na temat przyszłości w kontekście choroby osoby bliskiej, ale pamiętaj, że cokolwiek by się stało, rozwiązanie znajdziesz dopiero wówczas, gdy to nastąpi. Skup się na tym, na co masz realny wpływ.
- W razie potrzeby pamiętaj, że rozmowa z osobą postronną, dysponującą wiedzą na temat radzenia sobie w kryzysie, np. z psychologiem, pozwoli Ci przewietrzyć emocje i pomoże inaczej spojrzeć na to, co dzisiaj wydaje się nie do pokonania.
- Leczenie osoby bliskiej wymaga czasu i będzie miało swoją dynamikę, dlatego nie można rezygnować ze swoich potrzeb. Jeżeli pracujesz, to wróć do pracy. Spotykaj się z ludźmi. Idź poćwiczyć.
- Nie pozwól, aby osoba chora zrzuciła na Ciebie całą odpowiedzialność za chorobę i proces leczenia. Chory powinien aktywnie uczestniczyć w swoim leczeniu. Dlatego nie wyręczaj go w rozmowie z lekarzem i innymi osobami.
- Nie pozwól osobie chorej na zachowania, które sprawiają Ci przykrość. Choroba nie uprawnia do zachowań, które niszczą, obrażają, nadużywają. Zrozumienie emocji osoby chorej nie jest jednoznaczne z byciem „workiem treningowym”. Otwarcie stawiaj granice: „Czujesz złość i jeżeli mogę Ci pomóc, to powiedz, ale nie daję Ci prawa, abys w ten sposób zwracał się do mnie”.

- Pamiętaj o jedzeniu i nawadnianiu organizmu.
- W sytuacji utrzymującego się spadku nastroju (2 tygodnie), problemów ze snem, utraty zainteresowań i odczuwania przyjemności (anhedonia), poczucia braku sensu życia, jak również myśli rezygnacyjnych „chciałabym zniknąć”, napadów gniewu, frustracji, agresji, drażliwości, a przede wszystkim myśli samobójczych, zgłoś się natychmiast do lekarza psychiatry. Depresja może również objawiać się poprzez objawy psychosomatyczne, m.in. problemy gastryczne, bóle głowy, ucisk w klatce piersiowej, zwiększone lub zmniejszone łaknienie, zaburzenia snu.

28. Jak wspierać osobę chorą?

Komentarz psychoonkologa:



- Przede wszystkim nie chciej więcej, niż chce osoba chora.
- Dostosuj wsparcie do indywidualnych potrzeb osoby chorej i spójrz na osobę chorą realistycznie – jak dotychczas funkcjonowała, radziła sobie ze stresem, komunikowała o swoich potrzebach, przyjmowała lub odrzucała wsparcie innych osób, zrzucała odpowiedzialność za wszystkie swoje problemy na czynniki zewnętrzne lub na innych ludzi, czy też brała odpowiedzialność za swoje wybory i nie oczekuj, że nagle wszystko się zmieni. Wręcz odwrotnie. Sytuacje trudne wyostrają pewne ludzkie zachowania.
- Pozwól wypowiedzieć osobie chorej swoje emocje, obawy, a nawet życzenia związane z tematem ewentualnej śmierci. Nie musisz reagować. Wystarczy, że słuchasz. Jeżeli czujesz się na siłach, to podkreśl, że dziękujesz za zaufanie i jesteś otwarta(-ty) na rozmowę.
- Nie traktuj osoby chorej jak dziecka, które wymaga ciągłej opieki. Nie decyduj za osobę chorą, nie pouczaj, nie moralizuj, nie używaj argumentów „Zrób to dla mnie, dla rodziny”. Proponuj rozwiązanie, ale nie narzucaj!

- Uzgadniaj z osobą chorą, czego od Ciebie oczekuje.
- Pomagaj w przygotowywaniu zdrowych posiłków, na które wyraża zgodę osoba chora. Zdrowa dieta może pomóc osobie chorej w utrzymaniu lepszego stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Może także wzmocnić organizm chorego przed zabiegiem usunięcia prostaty oraz skrócić okres rekonwalescencji po zabiegu. Nie sprowadzaj jednak życia osoby chorej do jedzenia i spania. Z szacunkiem i wyczuciem mobilizuj do innych działań.
- Nie unikaj rozmów na tematy bliskości, czułości.
- Zachęcaj osobę chorą do aktywności fizycznej, która może mieć korzystny wpływ na jej stan zdrowia i samopoczucie.
- Zwróć uwagę na stan psychiczny osoby chorej i nie zrzucaj wszystkiego na chorobę onkologiczną. Pamiętaj, że depresja u mężczyzn obok spadku nastroju przejawia się, m.in. poprzez drażliwość, wybuchowość, agresję, obsesyjne myślenie, zaburzenia snu, łaknienia, jak również w objawach somatycznych ucisk i ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca typu: kołatanie czy szybsze bicie serca, uporczywe i nawracające bóle głowy, problemy gastryczne, m.in. wzdęcia, zaparcia lub biegunka, nagłe chudnięcie lub znaczny przyrost masy ciała. W razie potrzeby porozmawiaj z osobą chorą o konieczności konsultacji z lekarzem psychiatrą. Argumentem może być fakt, że depresja utrudnia leczenie w chorobach somatycznych.
- Pomagaj choremu zebrać informacje o raku prostaty i jego leczeniu, opierając się na wartościowych, specjalistycznych źródłach. Zapisuj pytania, które Twój bliski chciałby zadać lekarzowi na najbliższej wizycie.
- Jeśli czujesz, że chory potrzebuje Twojego wsparcia na wizytach lekarskich, zapytaj lekarza prowadzącego, czy istnieje taka możliwość. Obecność członków rodziny lub bliskich podczas wizyt lekarza może pomóc choremu w zrozumieniu informacji, zadawaniu pytań i podejmowaniu ważnych decyzji dotyczących leczenia. Nie wychodź jednak przed osobę chorą!

- Pozwól osobie chorej załatwić sprawy formalne, na przykład materialne lub prawne – nie traktuj tego jako zwiastuna złych wydarzeń. Chory ma prawo do porządkowania swojego życia. Niektórym bardzo pomaga świadomość, że mają porządek w sprawach formalnych.
- Nie ignoruj potrzeb chorego dotyczących rozmów na tematy ostateczne. Pamiętaj, że niewypowiedziane myśli pozostają w głowie osoby chorej.

29. Opieka paliatywna i wsparcie psychologiczne. Jak sobie poradzić?

Komentarz psychoonkologa:



Wiele osób chorych nie uświadamia sobie, że obecnie medycyna posiada wiele możliwości przedłużania życia, zachowując jego jakość. Niemniej jednak przejście z leczenia przyczynowego do leczenia objawowego, to dla każdej osoby chorej konfrontacja z nieodwracalnością losu i uświadomienie sobie wielu strat. Każdy człowiek inaczej reaguje na informacje o braku możliwości wyleczenia i w dużej mierze zależy to od kondycji psychofizycznej, jak również od bilansu dotychczasowego życia. Czym więcej żalu do przeszłości, trudnych relacji z osobami bliskimi, również z personelem medycznym, braku wsparcia społecznego oraz złego samopoczucia, w tym źle kontrolowanego bólu, tym większe prawdopodobieństwo zamknięcia się w sobie, złości i poczucia niezgody na swój los.

Są też osoby, które pomimo swojego stanu zdrowia starają się skupiać na życiu, które im zostało, łapiąc dobre chwile i widząc w tym sens. Niemniej jednak podstawę do szukania sposobów na godne i sensowne przeżycie tego czasu stanowi stan fizyczny i psychiczny. Dlatego też bardzo ważnym aspektem w radzeniu sobie z postępem choroby jest odpowiednia profesjonalna opieka paliatywnego zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego wchodzi lekarz, pielęgniarka i psycholog. Są to osoby, które posiadają profesjonalną wiedzę, w jaki sposób zadbać o komfort i jakość życia osoby chorej, m.in. poprzez przeciwdziałanie bólowi, niedożywieniu, depresji czy niepokoju, i jak zapewnić jej poczucie bezpieczeństwa. Kontakt z lekarzem,

który zna stan zdrowia pacjenta, ma czas na rozmowę, w której nie ucieka od odpowiedzi na tzw. „trudne” tematy, to dla osoby chorej ogromny komfort. Nierzadko brak zrozumienia swojego stanu zdrowia i gromadzące się wokół tego „czarne scenariusze” prowadzą do poważnych problemów psychosomatycznych. Dla niektórych osób chorych sama myśl o bólu wyzwala odczucia bólowe, które dla wielu osób chorych są wyznacznikiem pogarszającego się stanu zdrowia.

Zespół opieki paliatywnej wspiera również rodzinę osoby chorej. Możliwość skonsultowania z lekarzem lub pielęgniarzką wątpliwości dotyczących stanu fizycznego osoby bliskiej daje w tej trudnej sytuacji poczucie sprawczości i bezpieczeństwa. Dzięki pomocy psychologicznej zarówno Ty, jak i bliskie Ci osoby możecie wypowiedzieć wszystkie niepokojące myśli dotyczące tego, co dzieje się obecnie w Waszym życiu, oraz tego, czego obawiacie się w przyszłości. Możliwość rozmowy z psychologiem, bez zastanawiania się, czy i jak będzie to odebrane, pozwala odreagować silne emocje, nabrać dystansu do swoich lękowych myśli, poznać techniki radzenia sobie ze stresem, a przede wszystkim daje szansę na otrzymanie wsparcia i zrozumienia. Poza opieką paliatywną można szukać pomocy psychologicznej w poradniach zdrowia psychicznego i fundacjach zajmujących się problemami osób chorych na raka.

30. Jak osoba chora może rozmawiać na temat śmierci i umierania?

Komentarz psychoonkologa:



Rozmowa na tematy ostateczne wymaga świadomości, że całe życie unikamy tego tematu. W ostateczności dla wielu z nas jest to temat wnoszący ogromny niepokój i najchętniej unikalibyśmy go jak ognia. Niemniej jednak przychodzi taki moment, kiedy w swoim życiu doświadczamy zbliżającej się śmierci i wówczas powstaje pytanie, czy mamy udawać, że nic się nie dzieje, czy pomimo silnych emocji podjąć temat, umożliwiając sobie i bliskim szansę na niezwykle intymną rozmowę, dzięki której każda ze stron może zmierzyć się z tym, co naprawdę się dzieje i wypowiedzieć myśli, które w obliczu ostateczności nabierają innego wymiaru.

Należy pamiętać, że umieranie to proces, który trwa niekiedy długi czas i na każdym etapie mamy prawo oczekiwać respektowania swoich potrzeb i swojej godności. Wiele osób chorych, będących w procesie umierania, ma potrzebę poukładania różnych swoich spraw, m.in. prawnych, zadecydowania o tym, gdzie i jak zostaną pochowane, jak będzie wyglądał proces umierania. Niektóre osoby potrzebują rozmowy o swoich obawach dotyczących życia osób bliskich po ich śmierci, co będzie ze współmatronką, kto się nią zajmie. Każdy temat jest ważny i nie ma powodu, żeby zostawać z nim w swojej głowie. Dlatego to przede wszystkim osoba chora wyznacza tematy do rozmowy i istotne jest, żeby nie zniechęcała się emocjami osób bliskich, które są czymś naturalnym. Zamiast chronić osoby bliskie i nie poruszać tematów trudnych, warto powiedzieć, co czujemy. *„Wiem, że chcielibyście uniknąć tematów ostatecznych i wzbudzać we mnie nadzieję, że czas odejścia jeszcze długo nie nadejdzie, ale ja potrzebuję porozmawiać z wami i chciałbym, żebyście mi to umożliwili. Nie chcę zostać z tym sam w swojej głowie i nie chcę was straszyć, ale nienazwane nie istnieje, a o niektórych sprawach nie można nie rozmawiać”*. W wielu rodzinach po otwartej rozmowie na tematy ostateczne następuje spokój i równowaga.

31. Jak osoby bliskie mogą rozmawiać na tematy ostateczne?

Komentarz psychoonkologa:



- Nie uciszaj osoby chorej, kiedy mówi o śmierci i związanych z tym obawach. Jeżeli nie wiesz, jak zareagować, to możesz powiedzieć: *„To nigdy nie będzie dla mnie łatwe, ale bardzo chcę, żebyś wypowiedział swoje myśli i to, czy i co mogę dla Ciebie zrobić.”*
- Nie oszukuj osoby chorej na temat jej stanu zdrowia i w ten sposób nie próbuj jej chronić przed trudną prawdą.
- Spróbuj nauczyć się właściwego dla danego chorego sposobu myślenia i komunikowania się ze światem. Trzeba wyczuć, kiedy rozmowa jest zbyt bolesna i chory zmienia temat, kiedy sygnalizuje nam, że jest już zmęczony, zaobserwować, jakie stosuje mechanizmy obronne i nie rozbijać ich na siłę.

- Jeśli to możliwe, usiądźmy na tym samym poziomie co osoba chora. Jeżeli leży, to usiądźmy na krześle obok. Nie prowadźmy rozmowy na stojąco.
- Może się też zdarzyć, że to właśnie osoba bliska wyczuje, że chory nie mówi o tym, co czuje, zaprzecza rzeczywistości i zamyka się w swoim świecie. Wówczas powinna otwarcie nazwać, to co się dzieje: *„Nie wiem, dlaczego nie rozmawiasz ze mną o swoich emocjach, obawach, ale jeżeli robisz to dlatego, że w ten sposób chcesz mnie chronić, to jesteś w ogromnym błędzie. Trudniejsze jest dla mnie patrzeć na to, jak zamykasz się w swoim świecie i domyślanie się, co przeżywasz, niż to, że moglibyśmy porozmawiać na tematy ostateczne. Kocham cię i jestem otwarta na najtrudniejszą rozmowę”*.
- Pamiętaj, że niektóre objawy depresji mogą być mylone ze skutkami ubocznymi raka. Dlatego w sytuacji spadku nastroju, wycofywania się z aktywności, braku odczuwania przyjemności, rozdrażnienia czy myśli rezygnacyjnych należy zadbać o konsultację z lekarzem w kierunku depresji.
- Nie zostawiaj w nieskończoność niezłatwionych spraw prawnych z osobą chorą i jasno powiedzmy jej, że warto uporządkować pewne rzeczy. *„Nie chcę, żebyś mnie źle zrozumiał, ale powinniśmy porozmawiać na tematy, które wymagają uporządkowania. Nie wiemy, co może przynieść nam życie i uważam, że załatwienie sprawy przepisania konta bankowego uchroni mnie przed ewentualnymi problemami w przyszłości”*.
- Czasami osoba bliska wypowiada pojedyncze zdania, które mogą świadczyć, że chce nam coś zakomunikować, np. *„To nigdy nie będzie dla mnie łatwe, ale bardzo chcę, żebyś wypowiedział swoje myśli i to, czy i co mogę dla ciebie zrobić”*. Towarzyszenie osobie chorej nie oznacza, że nie mamy prawa się uśmiechnąć, cieszyć z jakichś małych chwil. Osoba chora potrzebuje również naszego uśmiechu i normalności w relacji.

- Osoba wspierająca powinna bezwzględnie zadbać o swój stan psychofizyczny i pozwolić sobie pomóc.

Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „GLADIATOR” im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego

ul. Roentgena 5
02-781 Warszawa

Adres do korespondencji:
ul. Duracza 4 m 70
01-892 Warszawa

Telefon zaufania: + 48 502 438 648
codziennie 08:00 – 20:00
Dyżur: + 48 22 864 08 76
w każdy poniedziałek 16:00-18:00

E-mail: stowarzyszenie@gladiator-prostata.pl





DRSC-PL-000255