

W stronę systemu opieki medycznej w zastoinowej niewydolności chłonnej — głos w dyskusji

Tomasz Grądalski¹, Katarzyna Ochątek^{1, 2}

¹Lymphedema Clinic, St. Lazarus Hospice in Cracow

(Poradnia Obrzęku Limfatycznego, Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie)

²Departament of Rehabilitation in Traumatology, University School of Physical Education in Cracow

(Katedra Rehabilitacji, Zakład Rehabilitacji i Traumatologii, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie)

Abstract

Lymphedema is a chronic, incurable condition which can be successfully managed. Currently polish health system does not guarantee early diagnosing, close monitoring and adequate therapy of patients with congestive lymphatic insufficiency. Lymphedema care success depends on two conditions: sufficient financing the outpatient clinics and day care centers as well as improvement within the health care system.

Key words: lymphedema, physical therapy, health care system

Streszczenie

Obrzęk chłonny jest nieuleczalnym schorzeniem przewlekłym, które z powodzeniem poddaje się terapii. Obecny system opieki zdrowotnej nie gwarantuje wczesnego rozpoznania, ścisłego monitorowania i prawidłowego leczenia chorych z zastoinową niewydolnością chłonną. Skuteczność fizjoterapii zależy od adekwatnego finansowania usług poradni obrzęku limfatycznego działającej np. w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz przeprowadzenia zmian w systemie świadczeń gwarantowanych.

Słowa kluczowe: obrzęk limfatyczny, fizjoterapia, medyczne świadczenia gwarantowane

Acta Angiol 2013; 19, 1: 46–49

Zastoinowa niewydolność naczyń chłonnych (ZN) i jej kliniczna manifestacja — obrzęk chłonny (OL, obrzęk limfatyczny), w Europie zwykle związana jest z chorobą nowotworową lub przewlekłą niewydolnością żylną. Rzadziej jest ona wynikiem genetycznie uwarunkowanej malformacji naczyniowej, ujawniającej się zwykle w okresie od wczesnego dzieciństwa do 2.–3. dekady życia. W Polsce szacunkowo około 10 000 osób cierpi z powodu rozwiniętego OL. Ponieważ schorzenie to często prowadzi do niepełnosprawności i inwalidztwa, ZN jest istotnym problemem społecznym [1].

Z praktycznego punktu widzenia wyróżnić można trzy grupy chorych z ZN. W pierwszej znajdują się osoby **bez jawnego klinicznie obrzęku** (np. po mastektomii, bez OL), u których chorobę można potwierdzić wykonując limfoscyntyografię. Chorzy ci, ze względu na obniżoną rezerwę czynnościową układu chłonnego, stanowią grupę wysokiego ryzyka ujawnienia się choroby. Drugą grupę stanowią chorzy z obrzękiem **wywołanym głównie ZN**, u których pewną rolę odgrywa ewentualne współistnienie patologii w obrębie naczyń krwionośnych. Do niej należą głównie pacjenci po przebytym leczeniu onkologicznym (operacyjnym czy radio-, chemioterapii) uszkadzającym węzły chłonne lub drogi odpływu chłonki, a także chorzy z OL pierwotnym, pourazowym i pozapalnym. W trzeciej grupie znajdują się pacjenci z przewlekłą niewydolnością żylną (najczęściej kończyn dolnych), u których długotrwałe nadmierne

Adres do korespondencji:

Tomasz Grądalski

Poradnia Obrzęku Limfatycznego TPCh Hospicjum

im. św. Łazarza

ul. Fatimska 17, 31–831 Kraków

e-mail: tomgr@mp.pl

obciążenie układu chłonnego powoduje **wtórny ZN**. Każda z opisanych grup chorych cechuje się odmiennymi potrzebami terapeutycznymi.

System ochrony zdrowia w Polsce obejmuje chorych z ZN w ramach różnych specjalności medycznych. Pacjenci z utajonym OL włączani są do ogólnego usprawniania w ramach onkologii. Przykładowo rehabilitacja ogólnoustrojowa kobiet po mastektomii, obejmująca przygotowanie i wczesny okres po leczeniu, realizowana jest w ośrodkach chirurgii onkologicznej, często z pomocą stowarzyszeń, na przykład „Amazonek”. Usprawnianie to obejmuje ćwiczenia fizyczne, ćwiczenia oddechowe, wyższe układanie kończyny górnej po stronie operowanej, mobilizację blizny, dopasowanie protezy piersi czy naukę specjalnego automasażu (SLD, *self lymphatic drainage*) [2]. W okresie późniejszym chorzy mogą uczestniczyć w programach pomagających uzyskać optymalną sprawność psychofizyczną, dzięki wykonywaniu odpowiednio dobranym ćwiczeniom, wdrożeniu zasad właściwego postępowania w życiu codziennym czy psychoterapii. Do roku od zakończenia leczenia onkologicznego można skorzystać z leczenia sanatoryjnego. Wczesne wdrożenie usprawniania istotnie zmniejsza narażenie chorych na wystąpienie OL.

Pacjenci wyleczeni z choroby nowotworowej, dostrzegający asymetrię w wyglądzie kończyn zgłaszają się zwykle do onkologa, który kieruje ich do ośrodka rehabilitacji medycznej. Warunkiem prowadzenia refundowanej ze środków publicznych fizjoterapii chorych z OL w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej jest obecność w ośrodku lub na oddziale dziennym lekarzy specjalistów rehabilitacji, medycyny fizykalnej (fizjoterapii) lub balneoklimatologii, a także fizjoterapeutów. Tymczasem program szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w zakresie rehabilitacji medycznej nie obejmuje problemów dotyczących OL. Fizjoterapia stosowana przez niedostatecznie wyszkolony w limfologii personel, bez nadzoru doświadczonego lekarza, często nie tylko nie przynosi oczekiwanych rezultatów (np. ze względu na występowanie schorzeń współistniejących, wymagających leczenia farmakologicznego), lecz może także być niebezpieczna dla chorego (z uwagi na możliwość nierozpoznania schorzeń będących przeciwwskazaniem do prowadzenia fizjoterapii OL — np. zakrzepicy żyłnej, niedokrwienia kończyn czy niewyrównanej niewydolności serca lub nerek). Aktualna klasyfikacja procedur medycznych *International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures* (ICD-9) obejmuje wykorzystywane w leczeniu OL: ręczny drenaż limfatyczny (MLD, *manual lymphatic drainage*), kompresję pneumatyczną i ćwiczenia fizyczne (ćwiczenia wspomagane, prowadzone, czynne wolne). Natomiast nieujęte

w tej klasyfikacji wielowarstwowe bandażowanie oraz indywidualne dobieranie produktów uciskowych nie jest refundowane. Obowiązkowe do kontraktowania usług w ośrodkach rehabilitacyjnych jest wyposażenie obejmujące (poza gabinetem kinezyterapii) urządzenia do fizykoterapii, które nie mają zastosowania w terapii OL (np. zestaw do elektroterapii, lampy IR lub IR/UV, zestaw do magnetoterapii, ultradźwięków i biostymulacji laserowej). Dlatego ośrodki, które od lat zajmują się konsultacjami i leczeniem pacjentów z OL, lecz nie dysponują wymaganą fizykoterapią (np. hospicja), nie mają możliwości kontraktowania swych usług. Gwarantowany nieodpłatnie czas trwania rehabilitacji wynosi 3–6 tygodni (zwykle 4), średnio 5 zabiegów dziennie, zwykle nie jest wystarczający dla zapewnienia ciągłości terapii.

Trzecia grupa pacjentów (z wtórny ZN) kierowana przez lekarza rodzinnego trafia zwykle do poradni chirurgii naczyniowej lub do angiologów, którzy zwykle koncentrują swoją uwagę na rozpoznaniu patologii naczyń (dzięki np. obowiązkowemu wyposażeniu w USG z opcją Dopplera) oraz na wdrożeniu leczenia farmakologicznego czy korekcji zabiegowej. Zaleca się również stosowanie kompresji z wykorzystaniem bandaży lub wyrobów uciskowych, nabywanych przez chorych często samodzielnie (bez precyzyjnych pomiarów kończyn) w aptekach i sklepach ze sprzętem rehabilitacyjnym. Chorzy z przewlekłymi owrzodzeniami i powikłaniami zapalnymi zwykle wymagają zarówno leczenia ogólnego (farmakologicznego, chirurgicznego), jak też miejscowego (np. dermatologicznego) dlatego często są hospitalizowani.

Zasadniczą rolę w leczeniu OL odgrywa kompleksowa fizjoterapia. W pierwszej, intensywnej fazie (DLT, *decongestive lymphatic therapy*), obejmuje ona połączenie ręcznego drenażu limfatycznego (MLD, *manual lymphatic drainage*), kompresjoterapii (kompresję pneumatyczną, wielowarstwowe bandażowanie, noszenie odpowiednio dopasowanych wyrobów uciskowych), programu indywidualnie dobranych ćwiczeń i drobiazgowej dbałości o higienę skóry. Szczególnie skuteczną kombinacją terapii jest połączenie kompresjoterapii wielowarstwowym bandażowaniem (CB, *compression bandaging*) z ćwiczeniami fizycznymi/oddechowymi [3]. Bezpośrednio po fazie intensywnej fizjoterapii powinna nastąpić faza podtrzymująca, trwająca zwykle do końca życia i obejmująca systematyczne noszenie odpowiednio dopasowanych produktów uciskowych oraz program indywidualnie dobranych ćwiczeń fizycznych, wykonywanych w trakcie stosowania kompresji. W przypadku pogorszenia się obrzęku lub pojawienia się powikłań (np. zapalnych) konieczne jest ponowne wdrożenie intensywnej fizjoterapii oraz rozważenie leczenia farmakologicznego (np. antybiotykoterapii).

Istniejące luki w obecnym systemie publicznej ochrony zdrowia uniemożliwiają realizację długotrwałego programu opieki nad pacjentem z OL, który jest niezbędny do utrzymania poprawy uzyskanej za pomocą intensywnego leczenia. Opieki takiej (analogicznej jak np. dla chorych z cukrzycą) nie gwarantują poradnie chorób naczyni, refundowane świadczenia rehabilitacyjne, ani oddziały szpitalne. Dla zapewnienia ciągłości refundowanej terapii chorych z ZN konieczne jest wdrożenie w tym zakresie następujących systemowych rozwiązań:

- pacjenci z grupy ryzyka, bez jawnego klinicznie obrzęku powinni być objęci okresową kontrolą pod kątem zmian w wielkości kończyn, w czasie których możliwe byłoby rozpoznanie wczesnego stadium OL i szybkie rozpoczęcie fizjoterapii, co zwiększyłoby jej skuteczność przy mniejszych kosztach całkowitego leczenia [4, 5]; najwłaściwsze byłoby wdrożenie kontroli już przed spodziewanym uszkodzeniem jatrogennym układu chłonnego [6, 7];
- chorzy z rozwiniętym OL powinni być prowadzeni przez fizjoterapeutów przeszkolonych w terapii obrzęku chłonnego i objęci okresową opieką lekarską limfologa praktyka [8]; niezbędne umiejętności

limfologiczne mogliby nabywać fizjoterapeuci i lekarze na akredytowanych kursach (np. przez Polskie Towarzystwo Angiologiczne);

- po zakończeniu DLT chorzy z objawową ZN powinni być włączani do programów terapeutycznych obejmujących przewlekłe postępowanie gwarantujące utrzymanie osiągniętych postępowaniem intensywnym efektów; objęcie chorych przewlekłą „opieką limfologiczną” pozwala także szybko rozpocząć właściwe leczenie powikłań zapalnych i w razie potrzeby ponownie wdrożyć DLT;
- należy poszerzyć listę refundowanych procedur rehabilitacyjnych o kompresjoterapię przy użyciu bandaży czy produktów uciskowych — zasadniczą składową DLT;
- modyfikacji wymaga także system świadczeń gwarantowanych w terapii OL, na przykład poprzez stworzenie odrębnej rehabilitacji leczniczej obrzęku limfatycznego w ramach rehabilitacji dziennej (tab. 1).
Autorzy prowadzą działającą od 1993 roku Poradnię Obrzęku Limfatycznego w Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie, aktualnie obejmującą opieką około 1000 chorych z zastoinową niewydolnością naczyń chłonnych

Tabela 1. Proponowane wymagania dla poradni leczenia obrzęku limfatycznego (kod poradni 1390) [9]

Table 1. Guidelines for lymphedema outpatients clinic (clinic code 1390) [9]

Świadczenia powinny być realizowane w warunkach:

- ambulatoryjnych (czas pracy poradni 5 dni w tygodniu)
- ośrodka lub oddziału dziennego (5 dni w tygodniu)

Wymagania dotyczące personelu:

- lekarz z ukończonym kursem limfologicznym akredytowanym przez Polskie Towarzystwo Angiologiczne — udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego)
- specjalista w dziedzinie fizjoterapii, magister fizjoterapii lub technik fizjoterapii udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego)

Warunki lokalowe i wyposażenie:

- dla świadczeń w warunkach ambulatoryjnych wymagane są wspólne warunki lokalowe zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji [10]
- dla ośrodka lub oddziału dziennego — gabinet kinezyterapii posiadający:
 - wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, materace gimnastyczne
 - urządzenie do kompresji pneumatycznej
 - rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych
 - UGUL lub inny system spełniający jego rolę
 - komputer z programem umożliwiającym ocenę rozmiarów obrzęku
 - wagę

Inne warunki:

- skierowanie na rehabilitację obrzęku limfatycznego jest wystawiane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Czas trwania rehabilitacji:

- rehabilitacja obrzęku limfatycznego dla jednego świadczeniobiorcy jest ustalana indywidualnie przez
- lekarza, może wynosić nie więcej niż 24 dni zabiegowe lub osobodni w ciągu kwartału

References

1. Chachaj A., Małyszczak K., Pyszel K et al. (2010) Physical and psychological impairments of women with upper limb lymphedema following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*; 19: 299–305.
2. Woźniewski M, Kornafel J (2010) *Rehabilitacja w onkologii*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
3. Ochałek K, Grądalski T (2010) Manual lymph drainage may not be a necessary component in lymphedema treatment. *J Pain Symptom Manage*; 39: 1–2.
4. Stout NL, Pfalzer LA, Springer B et al. (2012) Breast cancer-related lymphedema: comparing direct costs of a prospective surveillance model and a traditional model of care. *Phys Ther*; 92: 152–163.
5. Hayes SC, Johansson K, Stout NL et al. (2012) Upper-body morbidity after breast cancer. *Cancer*; 118: 2237–2249.
6. Lawenda BD, Mondr TE, Johnstone PAS (2009) Lymphedema: a primer on the identification and management of a chronic condition in oncologic treatment. *CA Cancer J Clin*; 59: 8–24.
7. Harris SR, Schmitz KH, Campbell KL et al. (2012) Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation. *Cancer*; 118: 2312–2324.
8. *The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema (2009) Consensus Document of the International Society of Lymphology*. *Lymphology*; 42: 51–60.
9. Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. (Dz.U. nr 12, poz. 594) — część VIII systemu resortowego Kodu identyfikacyjnego.
10. Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2010 roku (Dz.U. nr 10, poz. 192, 1286).