

Magdalena Grzybek¹, Małgorzata Krajnik¹, Alicja Mularczyk²

¹Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

²Hospicjum im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Bydgoszczy

Rehabilitacja ruchowa w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Opis przypadku

Physiotherapy in advanced cancer. Case report

Streszczenie

Rehabilitacja ruchowa może być pomocna w zapobieganiu powikłaniom związanym z chorobą i leczeniem u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek pacjenta, u którego z powodzeniem zastosowano rehabilitację ruchową.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, opieka paliatywna

Abstract

Physiotherapy can be helpful in prevention of complications due to cancer or its treatment in patients with advanced neoplastic disease. Authors describe the case of the patient in whom physiotherapy proved to be effective.

Key words: physiotherapy, palliative care

Wstęp

Rehabilitacja jest to rodzaj opieki zdrowotnej mający na celu maksymalne wykorzystanie potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego pacjenta w celu zmniejszenia stopnia jego niepełnosprawności, a przez to poprawy jakości życia i umożliwienia szerszej integracji społecznej [1]. Zastosowanie rehabilitacji ruchowej może wydawać się paradoksalne w przypadku pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) rehabilitacja, oprócz intensywnego leczenia przeciwbólowego, jest podstawową częścią składową opieki paliatywnej, której rezultatem jest poprawa jakości życia pacjentów. Utrzymywanie dobrego stanu fizycznego i psychicznego chorych po-

winno być realistycznym celem na wszystkich etapach choroby, ponieważ umożliwia to pacjentom pozytywne spojrzenie na sytuację, które wcześniej mogły być postrzegane jako beznadziejne.

Opis przypadku

U mężczyzny w wieku 70 lat w listopadzie 2002 roku rozpoznano chłoniaka złośliwego zlokalizowanego w przestrzeni zaotrzewnowej o wymiarach 147 × 118 × 87 mm. Zmiana unosiła ku górze trzustkę i pęcherzyk żółciowy, sięgała do wnęki nerki prawej z poszerzeniem jej układu kielichowo-miedniczkowego (UKM), obejmując aortę i jej rozgałęzienia oraz żyłę główną dolną i schodziła obustronnie do dołów biodrowych.

Adres do korespondencji: lek. med. Magdalena Grzybek
Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy
e-mail: kizoppal@cm.umk.pl



Polska Medycyna Paliatywna 2005, 4, 1, 21–23
Copyright © 2005 Via Medica, ISSN 1644–115X

W listopadzie 2002 roku u pacjenta zastosowano pierwszy cykl chemioterapii według programu COP (endoxan, winkrystyna, prednison), a w lutym 2003 roku pierwszą serię chemioterapii według schematu PE (cisplatyna, etopozyd) z powodu progresji w programie COP. W marcu 2003 roku zastosowano drugą serię chemioterapii według programu PE. W kwietniu 2003 roku choremu zalecono trzecią serię chemioterapii według schematu PE, a w maju — według schematu CTX (cyklofosfamid, Vepesid). Ze względu na dalszą progresję choroby podjęto decyzję o zmianie chemioterapii na adriamycynę. W czerwcu 2003 roku w trakcie pobytu chorego na Oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy stwierdzono stabilizację choroby oraz zalecono dalszą okresową kontrolę w Poradni Onkologicznej [2].

W październiku 2003 roku chorego skierowano do ośrodka opieki paliatywnej z powodu silnych dolegliwości bólowych w okolicy L-S kręgosłupa z promieniowaniem wzdłuż kończyny dolnej lewej oraz niewielkiego obrzęku podudzia lewego. Intensywność bólu chory określał jako 8/10 w skali numerycznej. Ból był stały, nasilający się przy niewielkim ruchu. Po włączeniu do leczenia tramadolu w dawce 200 mg/24 h po 2 dniach uzyskano zmniejszenie dolegliwości bólowych (intensywność bólu w skali numerycznej wynosiła 4/10). Zmniejszono dawkę tramadolu do 100 mg/24 h, a po kolejnych 5 dniach stwierdzono całkowite ustąpienie bólu, więc terapię przerwano.

W momencie przyjęcia do Hospicjum domowego stan ogólny chorego był średni, nie wstawał on z łóżka, a w badaniu przedmiotowym stwierdzono cechy niedowładu kończyny dolnej lewej, którego powodem mógł być ucisk guza na splot krzyżowy, uszkodzenie nerwów w obrębie miednicy małej lub zaburzony odpływ krwi żyłnej i chłonki związany z rozrostem guza w miednicy małej.

Ze względu na utrzymujący się niedowład kończyny choremu zalecono 2-miesięczną rehabilitację ruchową. Ćwiczenia odbywały się 2 razy w tygodniu w domu pacjenta. W pierwszych tygodniach zastosowano ćwiczenia wspomagane lewej kończyny dolnej oraz ćwiczenia z oporem torującym prawej kończyny dolnej na podstawie wzorców ruchowych metody zwanej proprioceptywnym nerwowo-mięśniowym torowaniem (PNF, *proprioceptive neuromuscular facilitation*) [3]. Zarówno pacjentowi, jak i jego rodzinie wyjaśniono, jak należy wykonywać ćwiczenia, aby mogły one być powtarzane codziennie. Wraz z ustępowaniem niedowładu zwiększono opór na prawą kończynę dolną i zastosowano ćwiczenia z oporem na kończynę lewą w leżeniu i w siadzie z wykorzysta-

niem taśmy Thera-Band. Użyto również innych technik metody PNF, między innymi: rytmicznej stabilizacji, dynamicznej zwrotności ciągłej i stabilizacji zwrotnej. W drugim miesiącu rehabilitacji oprócz ćwiczeń wykonywanych w pozycji siedzącej zalecono ćwiczenia równoważne w pozycji stojącej. Chory uzyskał sprawność ruchową, umożliwiającą mu samodzielne poruszanie się po mieszkaniu z pomocą kuli łokciowej. Ostatnim etapem kinezyterapii była nauka chodzenia po schodach oraz bez kuli. Ostatecznie pacjent odzyskał pełną sprawność ruchową.

W lipcu 2004 roku (po 7 miesiącach od odzyskania sprawności) rozpoznano przerzut do trzonu L5. Po konsultacji onkologicznej choremu zalecono radioterapię kobaltem 60 na okolicę Th12-L5 w dawce całkowitej 2000 cGy/g.

Obecnie pacjent jest sprawny ruchowo, natomiast z powodu bólu o charakterze stałym, zlokalizowanym w odcinku L-S kręgosłupa (intensywność bólu w skali numerycznej wynosiła 3/10) przyjmuje tramadol w dawce 100 mg/24 h z dobrym efektem przeciwbólowym.

Dyskusja

Rehabilitacja jest procesem, który powinien zaczynać się równoległe z podstawowym leczeniem choroby na różnym etapie jej zaawansowania. Powinno się ją dostosować do stanu funkcjonalnego chorego, dynamiki procesu chorobowego oraz możliwości i potrzeb samego pacjenta [4, 5].

W opisanym przypadku w celu zniesienia lub zmniejszenia niedowładu zastosowano neurofizjologiczną metodę reedukacji nerwowo-mięśniowej (PNF), zgodnie z którą opór manualny uważa się za jeden ze sposobów wywołujących największą odpowiedź organizmu. W momencie jego zastosowania do mózgu docierają informacje z proprioceptorów mięśni i zakończeń czuciowych skóry. Poprzez sumowanie się wszystkich bodźców do centralnego układu nerwowego dociera prawidłowy wzorzec ruchowy. Wielokrotne powtarzanie tych samych ćwiczeń opartych na prawidłowych wzorcach ruchowych z odpowiednio dobranym oporem powoduje poprawienie przewodnictwa nerwowo-mięśniowego i wzmocnienie siły mięśni [3]. Kolejnym etapem rehabilitacji oprócz oporu manualnego było zastosowanie taśmy Thera-Band (guma o określonej sile ciągu wykorzystywana do ćwiczeń oporowych), aby pacjent mógł samodzielnie wykonywać wyuczone ćwiczenia.

Rehabilitacja jest procesem terapeutycznym, który wymaga ścisłej współpracy wielu specjalistów oraz rodziny chorego. Wskazane jest, aby rodzina

aktywnie uczestniczyła w ćwiczeniach zarówno z przyczyn technicznych (uczestnictwo w ćwiczeniach z pacjentem, zwłaszcza w dni, w których nie ma wizyt rehabilitanta), jak i psychospołecznych (wzmacnianie więzi rodzinnych, motywowanie pacjenta) [6, 7].

Opisywany przypadek wskazuje na ogromną rolę rehabilitacji (oprócz skutecznego leczenia przeciwbólowego) w przywracaniu czynności ruchowej oraz w poprawie jakości życia pacjenta w zaawansowanym stadium choroby. Wraz z wprowadzeniem rehabilitacji obserwowano stopniowe zmniejszanie się natężenia bólu. Mogło to być spowodowane zwiększeniem elastyczności elementów łącznotkankowych, poprawą przewodnictwa nerwowo-mięśniowego oraz wzmocnieniem mięśni, ponieważ długotrwałe unieruchomienie prowadzi do osłabienia mięśni i ograniczenia zakresów ruchu w stawach, co wtórnie może powodować zwiększenie natężenia bólu [8, 9]. Kinezyterapia mogła się również przyczynić do ustąpienia niewielkiego obrzęku podudzia lewego poprzez uruchomienie pompy mięśniowej, a przez to ułatwienie odpływu chłonki niepowodującego nadmiernego przekrwienia i bólu mięśni [10].

Wydawałoby się, że rehabilitacja w opiece paliatywnej jest bezcelowa i nie może przynieść wymiernych skutków, jednak, jak wynika z przedstawionego opisu przypadku, rozpoczęcie i właściwe prowadzenie rehabilitacji może wpłynąć na jakość dalszego życia pacjenta. Oprócz wymiernych skutków rehabilitacji polegających na przywróceniu lub uspraw-

nieniu czynności ruchowych i zmniejszeniu dolegliwości bólowych obserwuje się inne pozytywne aspekty, takie jak: zmniejszenie osamotnienia, umocnienie więzi rodzinnych oraz poczucie, że medycyna pacjentom w ostatnim okresie choroby i życia może jeszcze coś zaoferować.

Piśmiennictwo

1. DeLisa J.A., Currie D.M. Martin G.M. Rehabilitation medicine: past, present, and future. W: Rehabilitation medicine. J.A. DeLisa, B.M. Gans (red.). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, New York 1998.
2. Małecka E. Chłoniaki nieziarnicze. W: Onkologia. R. Kordek, J. Jassem, M. Krzakowski, A. Jeziorski (red.). Medical Press, Gdańsk 2003.
3. Adler S.S., Beckers D., Buck M. PNF in Praktice, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2000.
4. Nyka W. Elementy rehabilitacji w opiece paliatywnej. W: Podstawy opieki paliatywnej. K. de Walden-Gałuszko (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
5. Doyle D. Rehabilitation in palliative care. W: Oxford textbook for palliative medicine. D. Doyle, G.W.C Hanks, N. Mac Donald (red.). Oxford University Press, Oxford 1988.
6. Przesmycka-Kamińska J. Psychologia osobowa i środowiskowa. Wydawnictwo UMCS, Łódź 1990.
7. Szawłowski K., Przeździecki B. Rehabilitacja, jej cele i zadania. W: Rehabilitacja, podstawy diagnostyki funkcjonalnej, usprawnienia leczniczego i reintegracji społecznej. K. Szawłowski (red.). Akademia Medyczna, Gdańsk 1998.
8. Wordliczek J., Dobrogowski J. Zastosowanie fizjoterapii i kinezyterapii w leczeniu bólu. W: Medycyna bólu. J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
9. Hilgier M. Ból u chorych na nowotwór. W: Medycyna bólu. J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
10. Twycross R.G., Jenns K., Todd J. (red.). Lymphoedema. Radcliffe Medical Press 2000.