

Anna Pyszora, Damian Jagielski, Agnieszka Jagielska

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

Fizjoterapia w leczeniu bólu mięśniowo-powięziowego u chorego na nowotwór

Physiotherapy for myofascial pain syndrome in cancer patient

Streszczenie

Fizjoterapia stanowi cenne uzupełnienie leczenia objawowego i może poprawiać jakość życia pacjentów objętych opieką paliatywną. W poniższym artykule autorzy prezentują opis przypadku pacjentki w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, u której skutecznie leczono ból mięśniowo-powięziowy, stosując fizjoterapię. Dodatkowo opisano poszczególne interwencje terapeutyczne i płynące z niej korzyści dla chorej.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2: 55–58

Słowa kluczowe: fizjoterapia, opieka paliatywna, ból mięśniowo-powięziowy

Abstract

Physiotherapy may enhance the quality of life of patients provided with palliative care. In this article the authors present case of advanced cancer patient, whose myofascial pain was successfully treated with physiotherapy. In addition, this publication describes individual physiotherapy intervention and how it benefits patient with advanced cancer.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2: 55–58

Key words: physiotherapy, palliative care, myofascial pain

Wstęp

Punktem wyjścia w leczeniu bólu w przebiegu choroby nowotworowej jest szczegółowa analiza mechanizmów powstania bólu. To z kolei determinuje wybór metod leczenia adekwatnych do określonych mechanizmów. Takie leczenie wymaga zaangażowania specjalistów różnych profesji, w tym między innymi fizjoterapeutów. Jednym z rodzajów bólu występującego w przebiegu choroby nowotworowej, wymagającym interdyscyplinarnej interwencji terapeutycznej, jest ból mięśniowo-powięziowy. Stanowi on szerokie

wskazanie do włączania fizjoterapii. Do przyczyn występowania bólu mięśniowo-powięziowego u chorych na nowotwór zaliczyć można:

- zaburzenia równowagi mięśniowej (na przykład zmiana postawy ciała w wyniku przebytego leczenia przeciwnowotworowego),
- ograniczenia ruchomości na poziomie skóry i tkanki podskórnej (blizny, ograniczenia ślizgów tkanekowych),
- nieprawidłowe wzorce ruchowe, powstałe na skutek zaburzeń strukturalnych i czynnościowych w narządzie ruchu,

Adres do korespondencji: dr n. o zdr. Anna Pyszora

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

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85–081 Bydgoszcz

tel.: 608 618 381, e-mail: aniap30@wp.pl

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2, 55–58

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678



- zmienione wzorce oddechowe (na przykład u chorych z dusznością),
- ograniczona aktywność ruchowa, unieruchomienie,
- odruchowe napięcie mięśniowe powstające wtórnie w konsekwencji występowania bólu w danym segmencie ciała [1, 2].

Diagnostyka bólu mięśniowo-powięziowego obejmuje przede wszystkim ocenę występowania punktów spustowych. Mięśniowo-powięziowy punkt spustowy to wyczuwalny palpacyjnie punkt, obecny w obrębie napiętego pasma mięśnia szkieletowego i wykazujący nadwrażliwość na stymulację mechaniczną (ucisk lub rozciąganie). Ból pojawiający się w trakcie stymulacji punktu spustowego może być lokalny i/lub rzutowany. Według David G. Simons Academy™ główne kryteria rozpoznawania mięśniowo-powięziowych punktów spustowych obejmują:

- obecność napiętego pasma mięśniowego,
- zwiększoną wrażliwość na nacisk, występującą lokalnie w obrębie napiętego pasma mięśniowego,
- częściowy lub kompletny wzorec promieniowania bólu w czasie stymulacji punktu spustowego, zgodny z dolegliwościami chorego,
- lokalną reakcję drżeniową (*local twitch response*),
- zmniejszenie zakresu ruchomości stawowej,
- osłabienie siły mięśniowej,
- występowanie reakcji autonomicznych (na przykład wzmożona potliwość) [3].

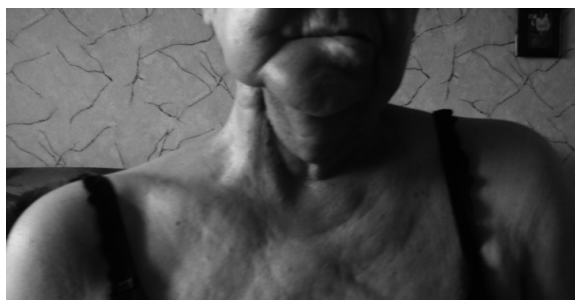
Oprócz oceny występowania punktów spustowych równie istotnym elementem oceny chorego jest określenie, czy występujące zaburzenia strukturalne i dolegliwości bólowe wpływają na jego codzienną aktywność. Jeśli tak, to jakie czynności są ograniczone i w jakim zakresie? Ma to duże znaczenie w procesie planowania terapii dla konkretnego chorego.

Poniżej przedstawiony został opis przypadku chorej, cierpiącej z powodu bólu mięśniowo-powięziowego, u której zastosowano wybrane metody fizjoterapii.

Opis przypadku

Kobieta, lat 69, została objęta paliatywną opieką domową po wypisie z oddziału otolaryngologii i onkologii laryngologicznej w lipcu 2011 roku. W 2010 roku u pacjentki zdiagnozowano raka płaskonabłonkowego dna jamy ustnej po stronie prawej. W ramach przebytego leczenia przeciwnowotworowego u chorej zastosowano radioterapię oraz leczenie chirurgiczne: wycięcie guza dna jamy ustnej i trzonu języka po stronie prawej.

Chora w chwili objęcia paliatywną opieką domową zgłaszała silne dolegliwości bólowe (skala numeryczna (NRS, *Numerical Rating Scale*) 8/10) obręczy barkowej



Rycina 1. Asymetria ustawienia obręczy kończyn górnych

po stronie prawej, z okresowym promieniowaniem bólu wzdłuż całej kończyny, aż do dłoni. Dodatkowo chora skarżyła się na ból ucha i jednostronny ból głowy zlokalizowany w okolicy skroni po stronie prawej. Chora opisywała: „co jakiś czas robi mi się gorąco w uchu i jest to bardzo nieprzyjemne”. Ponadto zgłaszała znaczny dyskomfort związany z uczuciem ściągania w okolicach operowanych. Chora opisywała, że „czuje się jakby miała ubrany za ciasny golf”. Chora zapytana o ograniczenia w aktywnościach życia codziennego zwróciła uwagę na znaczne osłabienie siły kończyny górnej prawej. Z tego powodu pielęgniarka odwiedzająca chorą w ramach paliatywnej opieki domowej po zasięgnięciu opinii lekarza prowadzącego i uzyskaniu pisemnego zlecenia poprosiła o wizytę fizjoterapeutkę. Na pierwszej wizycie fizjoterapeutka przeprowadziła badanie chorej na potrzeby fizjoterapii. Zaobserwowano następujące zaburzenia:

Ocena struktur i funkcji:

- znaczne osłabienie siły mięśniowej obręczy kończyny górnej po stronie prawej, kompensacja — nadaktywność mięśni obręczy kończyny górnej po stronie lewej (ryc. 1);
- obecność mięśniowo-powięziowych punktów spustowych po stronie prawej w mięśniu mostkowo-sutkowo-obojczykowym, w części górnej mięśnia czworobocznego, w mięśniu podgrzebieniowym;
- obecność wzorca promieniowania bólu przy palpacji wyżej wymienionych punktów spustowych:
 - dla mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego — promieniowanie bólu do ucha (przy palpacji tego mięśnia chora rozpoznała ból ucha, który często jej dokucza),
 - dla mięśnia czworobocznego (część górna) — promieniowanie bólu w okolicach skroni (przy palpacji tego mięśnia chora rozpoznała ból głowy, który często jej dokucza),
 - dla mięśnia podgrzebieniowego — promieniowanie bólu wzdłuż całej kończyny;
 - zaburzony rytm ramiennie-łopatkowy (brak stabilizacji łopatkki);

- ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego
 - zgięcie boczne w lewo oraz rotacje w obu kierunkach.

Ocena aktywności życia codziennego:

- wykonywanie czynności kończyną górną prawą w zgięciu w stawie ramiennieo-łopatkowym powyżej 90 stopni było niemożliwe (na przykład czesanie włosów, sięganie);
- ból ograniczał codzienną aktywność chorej i negatywnie wpływał na jej nastrój;
- wykonywanie większości czynności kończyną górną prawą było znacznie utrudnione.

Po przeprowadzeniu badania, analizie wyników i rozmowie z chorą ustalono następujące cele terapii:

- zmniejszenie dolegliwości bólowych, likwidacja dyskomfortu związanego ze zwiększonym napięciem tkanek okolicy operowanej,
- przywrócenie równowagi mięśniowej — normalizacja napięcia mięśniowego, stabilizacja łopatki,
- poprawa siły mięśniowej kończyny górnej,
- usprawnienie chorej w zakresie aktywności codziennych (czesanie, mycie włosów, sięganie).

Przebieg fizjoterapii

W ramach zaplanowanej terapii wykonywano następujące zabiegi:

- sucha igłoterapia punktów spustowych w mięśniu podgrzebieniowym. Metoda terapii polegająca na umieszczeniu igły akupunkturowej w punkcie spustowym [4].

Odstąpiono od suchej igłoterapii punktów spustowych w mięśniu mostkowo-sutkowo-obojczykowym i czworobocznym ze względu na ochronę skóry (obszar napromieniania w ramach radioterapii),

Zintegrowana inhibicja nerwowo-mięśniowa (INIT, *integrated neuromuscular inhibition technique*) mięśnia podgrzebieniowego, górnej części mięśnia czworobocznego oraz mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Technika ta polega na wykorzystaniu trzech technik manualnych: mobilizacji uciskowej (kompresja ischemiczna), pozycyjnego rozluźniania i relaksacji poizometrycznej [5].

Stabilizacja łopatki z wykorzystaniem metody proprioceptywnego nerwowo-mięśniowego torowania (PNF, *proprioceptive neuromuscular facilitation*)

- stabilizacja zwrotna we wzorcach łopatki,
- kombinacja skurczów izotonicznych.

Zastosowanie tych technik pozwala na trening koncentrycznej i ekscentrycznej aktywności mięśniowej [6].

Kinesiotaping: aplikacja na mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy, mięsień czworoboczny i mięsień nadgrzebieniowy (ryc. 2) [7].



Rycina 2. Kinesiotaping — aplikacje zastosowane u chorej

Wizyty fizjoterapeuty odbywały się dwa razy w tygodniu. Jednorazowa wizyta trwała około 45 minut. Wszystkie wymienione zabiegi powtarzano na każdej wizycie, z wyjątkiem suchej igłoterapii i kinesiotapingu, które wykonywano raz w tygodniu. Poza tym chora otrzymała zestaw ćwiczeń do samodzielnego wykonywania. Obejmował on ćwiczenia ukierunkowane na poprawę siły mięśniowej kończyny górnej, poprawę stabilizacji łopatki (ćwiczenia w pozycji stojącej w łańcuchu zamkniętym przy ścianie) oraz techniki zmniejszające napięcie mięśniowe (relaksacja poizometryczna). Swoje zaangażowanie w zakresie samodzielnego wykonywania ćwiczeń chora określiła jako dobre.

Po okresie sześciu tygodni prowadzenia opisanej powyżej terapii udało się uzyskać znaczną redukcję natężenia bólu (NRS 3/10) oraz poprawę w zakresie sprawności i aktywności chorej. Większość czynności życia codziennego, w które zaangażowana była kończyna górna prawa, chora wykonywała znacznie swobodniej niż wcześniej. Pacjentka była bardzo zadowolona z efektów leczenia. Przyznała, że zmniejszenie

dolegliwości bólowych i poprawiająca się sprawność ręki mobilizowały ją do systematycznego wykonywania ćwiczeń samodzielnie.

Dyskusja

Przedstawiony opis przypadku wskazuje, jak skutecznym rozwiązaniem w zakresie leczenia bólu mięśniowo-powięziowego może być fizjoterapia. W terapii chorych na nowotwór, cierpiących z powodu bólu mięśniowo-powięziowego wykorzystywać można wiele technik i metod fizjoterapeutycznych. Nie wszystkie metody powszechnie stosowane w terapii chorych nienowotworowych będą się sprawdzały w leczeniu pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. Poważnym ograniczeniem fizjoterapii prowadzonej w tej grupie pacjentów są niejednokrotnie: znaczne nasilenie innych objawów (na przykład duszności, zmęczenia), duże ograniczenia funkcjonalne (na przykład unieruchomienie), zaburzenia nastroju oraz brak motywacji. Z tego powodu w planowaniu postępowania u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej warto rozważyć zastosowanie form wymagających minimalnego zaangażowania chorego, którym będzie on w stanie sprostać, mimo obecności wielu ograniczeń, związanych z jego stanem [2]. W przypadku pacjentki, której terapię opisano w niniejszym artykule, fizjote-

rapeutka zdecydowała się na wykorzystanie różnych metod, zarówno tych, które nie wymagają zaangażowania chorej (sucha igłoterapia, kompresja ischemiczna punktów spustowych, pozycyjne rozluźnianie), jak i tych angażujących siły chorej (techniki metody PNF, ćwiczenia do samodzielnego wykonania). Ostateczny wybór narzędzi terapeutycznych determinuje zawsze stan chorego, jego nastrój i poziom motywacji. Jednocześnie warto podkreślić, że stworzenie choremu możliwości skorzystania z wielu dobrodziejstw, jakie niesie ze sobą fizjoterapia, wymaga bardzo dobrej komunikacji w zespole, tak aby potrzeby chorego były identyfikowane w sposób prawidłowy.

Piśmiennictwo

1. Woźniowski M. Fizjoterapia w onkologii. PZWL, Warszawa 2012.
2. Wójcik A., Pyszora A. Fizjoterapia w opiece paliatywnej. PZWL, Warszawa 2013.
3. Simons D.G., Travell J.G., Simons L.S. Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual. Volume 1–2. Second Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 1999.
4. Szwajcarskie Wytyczne Igłoterapii Suchej. Dostępne: www.dgs.eu.com/uploads/media/Szwajcarskie_Wytyczne_Igloterapii_Suchej.pdf (dostęp: 24.02.2016 r.).
5. Chaitow L., DeLany J. Clinical Application of Neuromuscular Techniques. Volume 1 – The Upper Body. Second Edition. Churchill Livingstone, Edinburgh 2008.
6. Adler S.S., Beckers D., Buck M. PNF in Practice. An Illustrated Guide. Third Edition. Springer Verlag, Heidelberg 2008.
7. Kumbrink B.K. Taping – An Illustrated Guide. Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2012.