

ZGODNJA MEDICINSKA REHABILITACIJA PO OPERACIJI TUMORJEV OSREDNJEGA ŽIVČEVJA *EARLY MEDICAL REHABILITATION AFTER SURGERY OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM TUMORS*

Asist. mag. Nataša Kos, dr. med.

Inštitut za medicinsko rehabilitacijo, Univerzitetni Klinični center, Ljubljana

Povzetek

Preživetje bolnikov z malignimi možganskimi tumorji se zaradi zgodnejše diagnostike, sodobnega multidisciplinarnega zdravljenja in uporabe novih zdravil povečuje. Želja posameznika ni le preživetje, ampak tudi kakovostno življenje. K temu lahko v veliki meri prispeva rehabilitacija, ki mora biti prilagojena sposobnostim posameznika. Za doseganje zastavljenih ciljev je pomembno, da s postopki medicinske rehabilitacije začnemo dovolj zgodaj. Le-ti so usmerjeni predvsem v preprečevanje zapletov, ki bi kasneje lahko slabo vplivali na končni funkcijski izid. Mnogokrat nam lahko, že v času hospitalizacije, z ustrezno izbranimi rehabilitacijskimi postopki uspe doseči samostojnost bolnika pri gibanju in opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti. Kljub temu pa je pogosto po končanem zdravljenju treba bolnika napotiti tudi na celostno rehabilitacijsko obravnavo v Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.

Ključne besede:

bolniki s tumorji osrednjega živčevja, preprečevanje zapletov, zgodnja medicinska rehabilitacija

Summary

Survival rates in patients with malignant brain tumors have increased due to early diagnostics, up-to-date multidisciplinary treatment and use of new medications. An individual's wish, however, is not only survival but also the quality of life. The latter can be much contributed to by rehabilitation which needs to be adjusted to the individual's abilities. In order to reach the established goals, medical rehabilitation needs to start early enough. Its procedures are aimed mainly at the prevention of complications, which at a later stage could have an adverse effect on the final functional outcome. Appropriately selected rehabilitation procedures can often help us to achieve patients' independence in mobility and basic activities of daily living already during their hospitalization. However, after the treatment has been concluded, the patients frequently need complex rehabilitation programs carried out at the Institute for Rehabilitation, Republic of Slovenia.

Key words:

patients with central nervous system tumors, prevention of complications, early medical rehabilitation

UVOD

Možganski tumorji vplivajo na mišljenje, čustvovanje in gibanje ter imajo zato zelo negativne posledice za posameznikove duševne in telesne sposobnosti. Zdravimo jih z operacijo, z obsevanjem in s kemoterapijo, lahko z vsakim zase kot samostojnim zdravljenjem ali s kombinacijo vseh treh. Da bi izboljšali kakovost življenja bolnikov z možganskim tumorjem, je pomemben del zdravljenja tudi rehabilitacija. Cilji rehabilitacijske obravnave bolnikov z rakom so enaki ciljem rehabilitacije bolnikov z okvarami, ki jih povzročajo druge bolezni. Prilagajamo jih posameznikom in so usmerjeni v ohranjanje samostojnega gibanja in neodvisnosti pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti. Pri tem pa seveda

ne smemo pozabiti na psihološki del rehabilitacije, ki je tudi nujno potrebna. Tudi na področju rehabilitacije velja pravilo, da je za doseganje zastavljenih ciljev treba začeti s postopki zgodaj, saj je s tem možnost, da bi prišlo do zapletov manjša, končni funkcijski rezultat pa pogosto boljši.

SIMPTOMI MOŽGANSKIH TUMORJEV

Simptomi, ki jih povzročajo možganski tumorji, so odvisni od velikosti tumorja, tipa tumorja in lokacije. Nastanejo lahko zaradi pritiska tumorja na živce in zaradi okvare pomembnih področij možganov. Povzročajo jih tudi možganska oteklina, ki nastane okoli tumorja. Pogosta težava je

glavobol, ki je običajno hujši zjutraj (1). Spremlja ga lahko navzea ali bruhanje. Lahko pride do epileptičnih napadov, težav pri govoru, motenj vida in sluha. Pogoste so težave pri hoji, prizadetost polovice telesa, motnje ravnotežja (1). Značilni so izpadi na področju višjih živčnih dejavnosti (2). Kognitivni izpadi so različni, do njih pride že zelo zgodaj. Pogosto so prikriti, svojci opazijo predvsem bolnikovo spremenjenost, težave pa so tudi z motnjami spomina, koncentracije in pozornosti.

TEŽAVE PO OPERACIJI

Operacija je prvi od načinov zdravljenja, ki ga običajno izberemo za zdravljenje možganskih tumorjev. Potrebna je tudi zaradi histološkega izvida, saj je le na podlagi tega mogoče pravilno nadaljnje zdravljenje. Ker se ljudje med seboj razlikujemo, je tudi čas okrevanja po operaciji različen. Nekateri ljudje potrebujejo dlje časa, da dosežejo prejšnjo stopnjo aktivnosti, pri drugih se to zgodi hitro. Glavna težava, ki jo navaja večina bolnikov po operaciji možganskega tumorja, je utrujenost. Utrujenost je zelo velika prve dni po operaciji, sčasoma pa se zmanjša. Bolnika je treba s tem seznaniti in ga pripraviti na to, da bo za določeno dejavnost potreboval več časa. Po operaciji lahko pride tudi do dela kognitivnih izpadov, čeprav so ti izpadi v večji meri povezani s samim tumorjem. Sčasoma se izpadi, ki so neposredno povezani z operacijo, omilijo. Pogosto pa je potrebno nevropsihološko testiranje in usmerjena terapija (3). Glavoboli trajajo nekaj dni po operaciji, delno jih povzroči možganska oteklina po posegu, delno pa neposredna možganska poškodba. Glavoboli so moteči in posameznika ovirajo pri aktivnostih, zato je potrebno ustrezno zdravljenje z zdravili. Po operaciji obstaja nevarnost, da se bodo zaradi draženja možganov epileptični napadi ponovili. Potrebna je medikamentna zaščita, saj vsak epileptični napad že tako utrujenega bolnika še dodatno utruje (4).

ZGODNJA MEDICINSKA REHABILITACIJA PO OPERACIJI

Z zgodnjo rehabilitacijsko obravnavo začnemo takoj, ko je bolnikovo stanje stabilno. Običajno je to že prvi dan po operaciji. Čas za doseganje zastavljenih ciljev je kratek, kajti bolniki so v bolnišnici le teden dni, nato pa so odpuščeni domov oziroma nadaljujejo z dodatnim zdravljenjem.

Postopki zgodnje medicinske rehabilitacije so usmerjeni predvsem v preprečevanje zapletov, do katerih pride zaradi bolnikove neaktivnosti oziroma so sicer pogosti po operacijskih posegih, in v izboljšanje posameznikove funkcijske sposobnosti. Pri tem smo usmerjeni v izgubo sposobnosti oz. primanjkljaje, ki bolniku povzročajo največ težav. Programi niso nekaj univerzalnega, med seboj se razlikujejo in so posamezniku individualno prilagojeni. Prilagajamo jih proti, glede na počutje in pripravljenost bolnika.

Pri bolnikih z možganskimi tumorji se po operacijski odstranitvi tumorja klinična slika lahko hitro spremeni. Nevrološki izpadi, ki so jih imeli pred operacijo, postanejo milejši ali celo izginejo. K temu pripomore tudi antiedematozna terapija, ki jo bolnikom običajno predpišemo že pred posegom. Bolnike, ki nimajo nevroloških izpadov, že prvi dan po operaciji mobiliziramo, preverimo njihovo samostojnost pri gibanju in opravljanju dnevnih aktivnosti. Če bolnik motoričnih težav nima, se mu v naslednjih dneh posveti predvsem delovni terapevt, ki s postopki delovne terapije poizkuša bolniku pomagati tudi na kognitivnem področju. Pri vseh bolnikih bi bilo treba že v času hospitalizacije opraviti ustrezno nevropsihološko testiranje, saj je verjetnost izpadov na področju višjih živčnih dejavnosti velika. Na podlagi rezultatov testiranja bi lahko začeli z nevropsihološkim zdravljenjem. Žal pa je kliničnih psihologov v bolnišnicah premalo, tako da testiranja opravijo šele kasneje, ko so bolniki sprejeti v rehabilitacijsko ustanovo.

Bolniki z motoričnimi motnjami potrebujejo nevrofizioterapevtsko obravnavo. Tudi nevrofizioterapevtska obravnava je individualno zasnovana, izbrana glede na težave, ki jih posameznik ima. Usmerjena je v znižanje povišanega mišičnega tonusa, v odpravljanje asociiranih reakcij, v ohranjanje pasivne gibljivosti posameznih sklepov in v izvajanje selektivnih gibov. Poleg obravnave v postelji bolnika pripravimo tudi na gibanje. Dviganje bolnika v pokončen položaj je postopno, s sedenjem na postelji, s sedenjem na vozičku, s stojo ob postelji do hoje s pripomočki ali brez njih. Rezultati rehabilitacijske obravnave so odvisni od posameznikovega zdravstvenega stanja in njegovih sposobnosti. Vedeti pa moramo, da večina bolnikov lahko in mora sedeti na vozičku. Sedenje na vozičku ima ugoden učinek na bolnikove motorične sposobnosti in tudi na njegovo duševno stanje, saj se lahko odpelje iz bolniške sobe in s tem spremeni okolje.

Delovni terapevt, ki je pomemben član rehabilitacijskega tima, bolniku pomaga dosegati samostojnost pri opravljanju dnevnih aktivnosti. V času hospitalizacije smo usmerjeni predvsem v osnovne dnevne aktivnosti (hranjenje, oblačenje in umivanje ob umivalniku). Poleg tega veliko pozornosti posvečamo tudi bolnikom, ki se morajo naučiti presedanja na voziček in vožnje z njim. Z uporabo drobnih pripomočkov se bolnik ponovno privaja na izvajanje finih aktivnosti in izboljšuje koordinacijo. Pri motnjah senzibilnosti pa lahko bolniku pomaga stimulacija z različnimi materiali (grobe tkanine, mehke tkanine, toplo, hladno ...).

Pri bolnikih, pri katerih zaradi lokacije tumorja pride do težav s požiranjem, je treba v obravnavo vključiti logopeda, ki skupaj z delovno terapevtko in z respiratorno fizioterapevtko preizkusi sposobnost bolnika za požiranje. Z redno stimulacijo obraznih mišic, z oralno stimulacijo, z nameščanjem bolnika v ustrezen položaj, z uporabo primerne žlice in vrste hrane bolnika poizkušamo ponovno naučiti požiranja.

Logopeda vključimo tudi v primeru, ko ima bolnik motnje razumevanja in izražanja.

Pred bolnikovim odpustom iz bolnišnice ocenimo njegovo funkcijsko stanje. Običajno se za ocenjevanje uporablja ocenjevalna lestvica »Karnofsky Performance Scale«, ki jo dobro poznajo tudi onkologi. S pomočjo te lestvice ocenimo funkcionalno okvaro. Ocena je izražena v odstotkih, in sicer 0% je najslabše mogoče stanje (smrt), 100% pa pomeni, da znakov bolezni ni in da posameznik nima težav (4).

ZGODNJA MEDICINSKA REHABILITACIJA PRI OBSEŽNIH NEVROLOŠKIH IZPADIH

Nekateri možganski tumorji, predvsem zaradi velikosti in lokacije, lahko povzročijo hude motnje motorike, senzibilnosti, govora, pride do izpadov na področju višjih živčnih dejavnosti, pojavijo se motnje zavesti. Po antiedematozni terapiji in po operaciji huda simptomatika ne izgine vedno, primanjkljaj oz. izguba sposobnosti ostane in povzroči veliko odvisnost bolnika od pomoči drugih. Motnje zavesti, utrujenost in huda zaspanost preprečujejo bolnikovo sodelovanje.

Tudi pri tej skupini bolnikov je treba začeti s postopki zgodnje medicinske rehabilitacije čim prej. Cilj je predvsem preprečiti zaplete, do katerih lahko pride, ko bolnik obleži v postelji.

Pomembno je preprečiti zaplete, povezane z dihali. Pri tem imajo pomembno vlogo respiratorni fizioterapevti, ki bolniku pomagajo zagotavljati dobro prehodnost dihalnih poti in dobro predihanost pljuč. Bolnike naučimo dihalnih vaj, s katerimi krepijo inspiratorne in ekspiratorne mišice, uporabljajo se tudi inhalacije. Pri tistih bolnikih, ki dihalnih vaj ne morejo delati dovolj učinkovito, pa se lahko uporabljajo pomagala, kot je npr. spodbujevalna spirometrija (izboljša ventilacijsko sposobnost pljuč) in uporaba IPPB-ja (asistirano dihanje z izmeničnim pozitivnim pritiskom).

Pri preprečevanju trombomboličnih zapletov je (poleg antitrombotične zaščite) pomembna kineziterapija (aktivne vaje), izvajamo lahko tudi elektrostimulacijo dvoglave mečne mišice (musculus gastrocnemius), uporabimo posteljno kolo in presoterapijo, najbolj učinkovita pa je zgodnja mobilizacija bolnika.

Pri nepomičnih bolnikih lahko pride do kontraktur v posameznih sklepih. Le-te kasneje v veliki meri zmanjšajo bolnikovo mobilnost (kontraktura gležnja), onemogočajo opravljanje

osnovnih dnevnih aktivnosti (kontraktura ramenskih sklepov) in celo opravljanje intimne nege (kontraktura kolkov). Preprečimo jih tako, da nepomične bolnike nameščamo v pravilne položaje, jih dovolj pogosto obračamo, izvajamo kineziterapijo (nevrofizioterapevtsko obravnavo), jih učimo dnevnih aktivnosti in seveda, da bolnika zgodaj mobiliziramo.

Posebno skrb moramo nameniti bolnikovi koži. Z uporabo ustreznih blazin, postelj, s pogostim obračanjem bolnika, z aktiviranjem bolnika in s skrbjo za ustrezno prehrano je možnost, da se bo razvila razjeda zaradi pritiska, manjša.

ZAKLJUČEK

Ob napredovanju medicine je preživetje bolnikov z možganskimi tumorji večje, zato so večje tudi potrebe po rehabilitacijski obravnavi. Rehabilitacija je usmerjena predvsem v povečanje posameznikove funkcijske sposobnosti in s tem v izboljšanje kakovosti njegovega življenja. Pri tem je pomembno, da z medicinsko rehabilitacijo začnemo takoj, ko se težave pojavijo. Bolniki so lahko deležni postopkov medicinske rehabilitacije tudi med samim zdravljenjem, pri čemer je treba upoštevati posameznikove zmogljivosti. Po končanem zdravljenju lahko bolnika vključimo tudi v programe celostne rehabilitacijske obravnave z napotitvijo v Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.

Literatura

1. Gillis FA, Gardon FH. Principles of cancer rehabilitation. In: Braddom RL, Buschbacher RM, Dumitru D. et al., eds. Physical medicine and rehabilitation. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 2000: 1305-20.
2. Kaleita TA, Wellisch DK, Cloughesy TF, Ford JM, Freeman D, Belin TR, Goldman J. Prediction of neurocognitive outcome in adult brain tumor patients. *J Neuro-Oncology* 2004; 67: 245-253.
3. Mainio A, Hakko H, Niemela A, Koivukangas J, Rasanen P. Depression and functional outcome in patients with brain tumors: a population-based 1-year follow-up study. *J Neurosurg* 2005; 103(5): 841-847.
4. O'Toole DM, Golden AM. Evaluating cancer patients for rehabilitation potential. *West J Med* 1991; 155: 384-387.