

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE

Andrzej Kwolek, Małgorzata Majka-Sibiga, Magdalena Szydełko

Rehabilitacja pacjentów z przerzutami nowotworowymi do kości – opis przypadków

Z Oddziału Rehabilitacji, Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie
Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego
Ordynator Oddziału: dr hab. n. med. prof. UR A. Kwolek

Postęp w medycynie przejawia się również wczesną wykrywalnością chorób nowotworowych, ich większą uleczalnością oraz wydłużeniem i poprawą jakości życia. Coraz większą rolę przywiązuje się nie tylko do efektów leczenia przeciwnowotworowego, ale do poprawy stanu funkcjonalnego i jakości życia pacjentów, co w konsekwencji korzystnie wpływa na leczenie onkologiczne celowane.

Materiał i metody: Przedstawiono pięć przypadków pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową z przerzutami do kości. Czworo z nich przebywało w oddziale rehabilitacji, jedna pacjentka była leczona w domu w ramach rehabilitacji środowiskowej.

Wyniki: Dzięki przeprowadzonej rehabilitacji u czterech pacjentów, po 3–4-tygodniowym okresie hospitalizacji uzyskano poprawę ogólnej sprawności fizycznej, zwiększenie tolerancji wysiłku, poprawę możliwości samoobsługi. U wszystkich pacjentów zaobserwowano większą motywację do dalszego leczenia.

Wnioski: Szeroko pojęta, kompleksowa i umiejętnie dobrana rehabilitacja powinna być nieodzownym elementem leczenia interdyscyplinarnego pacjentów z chorobą nowotworową, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, przerzuty nowotworowe do kości, efekty leczenia

Rehabilitation of patients with metastases to the bone – cases report

Introduction: The advance in medicine manifests itself in early detection of neoplastic diseases, prolongation and improvement quality of life. The new methods of treatment are constantly worked out, it gives to the patients the chance for the life prolongation. The bigger pressure in oncology is put not only on the results of treatment but also on the patient's improvement of functional status and quality of life. In consequence it advantageously influences on elective treatment.

Material and methods: In the paper 5 cases of patients with diagnosed neoplastic diseases and metastases to the bone were presented. Four of them were hospitalized in the rehabilitation ward, one of them was treated at home in the frame of social rehabilitation.

Results: The improvement of general physical fitness and the better tolerance of effort were achieved thanks to 3-4 weeks period of rehabilitation. The better motivation for the further treatment was observed in all patients.

Conclusions: independently of advances of neoplastic disease the wide, complex and competently chosen rehabilitation should be irrevocable part of interdisciplinary treatment of patients.

Key words: rehabilitation, metastases to the bone, the results of treatment

Według Krajowego Rejestru Nowotworów, w Polsce w 2002 roku na nowotwory złośliwe zachorowało ogółem 37 462 kobiet i 50 273 męż-

czyn. Przyjmuje się, że w około 90% przyczynę zachorowań stanowią raki, pozostałe 10% to chłoniaki, białaczki, glejaki, mięsaki i inne nowotwory

złośliwe pochodzenia nienabłonkowego. Według danych Globocan (International Agency for Research on Cancer) z 2002 roku zachorowalność w świecie oceniana jest na 10 900 000, zgony na 6 700 000. Częstość występowania i proporcje zachorowalności na raka w poszczególnych krajach różnią się znacznie między sobą. Jest to spowodowane różnymi średnimi czasami przeżycia w poszczególnych populacjach, czynnikami rasowymi oraz zachowaniami kulturowymi i obyczajami dietetycznymi. Chorobowość i rokowanie w chorobach nowotworowych zmienia się. Według ostatnich danych śmiertelność z powodu chorób nowotworowych spadła dla mężczyzn o 12% od 1988 dla wszystkich rodzajów nowotworów, a dla kobiet o 13%, z wyjątkiem raka płuc [1]. Przewiduje się jednak, iż w ciągu najbliższych 20 lat zachorowalność na nowotwory podwoi się, co jest związane ze starzeniem się społeczeństw oraz oddziaływaniem licznych karcynogenów.

Poprawia się wczesna wykrywalność nowotworów złośliwych, szczególnie w krajach zachodnich. Dużą rolę we wczesnym wykrywaniu odgrywają międzynarodowe organizacje – UICC (Union International Contre Cancer) i WHO propagujące globalne programy zwalczania nowotworów, na bazie których w poszczególnych krajach opracowywane są narodowe programy zwalczania nowotworów. Wprowadzane są wciąż nowe metody leczenia, co zwiększa szansę pacjentów na wydłużenie życia. Coraz większą rolę przywiązują się nie tylko do wczesnych efektów leczenia przeciwnowotworowego, ale i do poprawy stanu funkcjonalnego i jakości życia pacjenta, co również korzystnie wpływa na ostateczne wyniki leczenia. Szeroko pojęta, kompleksowa i umiejętnie dobrana rehabilitacja staje się nieodzownym elementem leczenia interdyscyplinarnego. W Wielkiej Brytanii Narodowy Instytut Doskonalenia Klinicznego zaleca udostępnienie kompleksowej rehabilitacji wszystkim pacjentom z chorobami nowotworowymi, we wszystkich ośrodkach leczniczych [2, 3]. W Polsce Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006–2015 uwzględnia też rozwój i upowszechnianie współczesnych metod rehabilitacji chorych, ograniczenie odległych następstw leczenia oraz rozwój opieki paliatywnej w onkologii.

Wczesne wdrożenie odpowiedniego postępowania zwiększa szansę całkowitego wyleczenia, a przynajmniej wydłużenia czasu życia chorych. W wielu krajach zachodnich istnieją przy oddziałach onkologii oddziały rehabilitacji, w których równoległe do leczenia onkologicznego prowa-

dzone jest kompleksowe leczenie rehabilitacyjne, a po wypisie kontynuowana jest rehabilitacja środowiskowa [2]. Celem rehabilitacji onkologicznej jest zapobieganie powikłaniom i zaburzeniom czynności w trakcie leczenia choroby nowotworowej, leczenie powikłań i zaburzeń czynności wynikających z leczenia choroby podstawowej, a także rehabilitacja w terminalnym okresie choroby. Obecnie zwraca się baczniejszą uwagę na czynnościowe konsekwencje przebytego leczenia przeciwnowotworowego, zamiast skupiania się wyłącznie na leczeniu choroby zasadniczej. Osiągnięcie celów profilaktycznych jest możliwe poprzez zapobieganie powikłaniom płucnym i zaburzeniom czynności układu oddechowego, zapobieganie powikłaniom naczyniowym i zaburzeniom czynności układu chłonnego, żylnego, zapobieganie obniżeniu sprawności i wydolności fizycznej oraz zapobieganie zaburzeniom równowagi i chodu (upadkom i ich konsekwencjom). Rehabilitacja w okresie terminalnym choroby skupia się przede wszystkim na łagodzeniu bólu, zmniejszeniu duszności, redukcji obrzęku chłonnego, zapobieganiu odleżynom, zmniejszeniu deficytu siły mięśni oraz utrzymywaniu aktywności ruchowej i możliwości samoobsługi.

Podstawowe znaczenie w rehabilitacji onkologicznej pełni kinezyterapia. U chorych z nowotworem złośliwym można stosować wszystkie rodzaje ćwiczeń, jednak należy zachować ostrożność przy ćwiczeniach z oporem i ćwiczeniach statycznych. Ćwiczenia powinny być stosowane w każdym etapie leczenia choroby nowotworowej, z odpowiednią intensywnością i w pozycjach ułatwiających odpływ chłonki i krwi żyłnej, aby nie dopuszczać do powstawania obrzęku powysiłkowego. Ćwiczenia ogólnokondycyjne angażujące duże grupy mięśniowe, prowadzi się przynajmniej 3–5 razy w tygodniu, z intensywnością 50–85% VO₂max, czas trwania 20–30 minut podczas jednej sesji ćwiczeniowej. Ćwiczenia należy wykonywać ze zwiększoną ostrożnością u pacjentów z niskimi wartościami morfotycznymi krwi (gdy poziom hemoglobiny jest poniżej 8,0g/dl, płytki krwi poniżej 50 tys/ul) oraz skrajnie wyniszczonej (utrata przeszło 35% masy ciała). Kryteria wykluczenia stanowią: choroby psychiczne, niestabilna choroba wieńcowa, niestabilna cukrzyca, stany gorączkowe, płytki krwi poniżej 20x10⁹/l, niski poziom hemoglobiny, znaczne upośledzenie czynności płuc [2, 3]. Rośnie liczba dowodów naukowych wskazujących, że zastosowanie cwi-

czeń przynosi korzyści fizyczne, psychologiczne w okresie leczenia przeciwnowotworowego oraz w fazie powrotu do normalnej funkcji [3–7]. Ćwiczenia fizyczne u pacjentów z chorobą nowotworową przyczyniają się do poprawy wydolności aerobowej i funkcjonalnej, zwiększenia siły mięśniowej, zmniejszenia utraty białek mięśniowych (kreatyniny), zmniejszenia zawartości tłuszczu w ciele, utrzymania lub zwiększenia masy ciała. Powodują również normalizację ciśnienia tętniczego, skrócenie czasu utrzymywania się neutropenii, zwiększenie stężenia hemoglobiny, zmniejszenie stężenia mleczanów, zmniejszenie bólu, jak również skrócenie czasu pobytu w szpitalu i prowadzą do poprawy jakości życia [6, 7].

Pomocną rolę w rehabilitacji pacjentów z chorobą nowotworową odgrywa masaż, szczególnie u chorych z obrzękiem chłonnym po radykalnym leczeniu raka sutka. Coraz częściej w onkologii wykorzystywane są zabiegi fizykalne (krioterapia, masaż wirowy), szczególnie w okresie terminalnym, kiedy należy kierować się przede wszystkim poprawą jakości życia pacjenta.

Ważną składową w kompleksowej rehabilitacji pacjentów z chorobą nowotworową jest psychoterapia. Rozpoznanie choroby zawsze towarzyszy lęk przed chorobą i śmiercią, niepewność przyszłości (życie rodzinne i zawodowe), obawa przed nawrotem lub rozsiewem choroby. Dodatkowe inwazyjne leczenie (amputacje, stomia) i powikłania (niedowłady, blizny, przykurcze) powodują obniżenie jakości życia oraz poczucia wartości, depresję, osłabienie. Konsekwencje choroby nowotworowej odczuwane w sferze biologicznej, społecznej i psychologicznej mają istotny wpływ na codzienne życie pacjenta jak również jego bliskich, którzy niejednokrotnie nie potrafią odnaleźć się w nowej sytuacji. Według niektórych badań depresja jest wykrywana u 49% pacjentów z chorobą nowotworową, a u 42% wdrażane jest leczenie, którego skuteczność ocenia się na 15% [8]. Dodatkową formą pomocy społecznej są kluby zrzeszające chorych pacjentów, np. klub kobiet po mastektomii „Amazonka” (istnieje od 1987 r.). Obecnie w Polsce funkcjonuje 20 klubów macierzystych i 35 filii, które tworzą Federację Kobiet po Mastektomii (wchodzi w skład Narodowej Koalicji do Walki z Rakiem Piersi), działa też Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią.

Praca zawodowa dla pacjentów stwarza możliwości integracji społecznej i powrotu do normalnego życia. W pierwszym roku po zakończeniu

leczenia pracę podejmuje 50% chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych, po tym czasie jeszcze około 30% osób wraca do pracy. Rehabilitacja pozwala oddziaływać na sferę psychiczną bezpośrednio poprzez psychoterapię, jak również pośrednio poprzez zastosowanie ćwiczeń fizycznych poprawiających wydolność i samopoczucie, dając dużą wiarę w możliwość powrotu do zdrowia.

Leczenie pacjenta z przerzutami nowotworowymi do kości jest postępowaniem wielodyscyplinarnym, obejmującym leczenie systemowe (chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia), napromienianie, leczenie operacyjne, rehabilitację i dlatego wymaga ścisłej współpracy specjalistów z dziedziny onkologii klinicznej, radioterapii, chirurgii, neurochirurgii, ortopedii i rehabilitacji. Ognisko pierwotne przerzutów do kości w większości przypadków (2/3) znajduje się w gruczole sutkowym i w gruczole krokowym. Większość przerzutów stanowią przerzuty mnogie, pojedyncze ogniska dotyczą 10–30% przypadków rozsiewu do kości. Czas przeżycia chorych zależy od typu histopatologicznego nowotworu, zaawansowania, rodzaju leczenia, wieku i sprawności ogólnej chorego. Wczesne wykrycie stwarza większe szanse na czas przeżycia i lepszą jakość życia. U 20% chorych objawy zmian kostnych mogą być pierwszym symptomem nowotworu (szczególnie w przypadku szpiczaka mnogiego, raka nerki, tarczycy, drobnokomórkowego raka płuca) i bywają często kojarzone z innymi schorzeniami. Aż 90% zmian zlokalizowanych w kręgosłupie rozpoznawanych jest jako zmiany reumatyczne lub zwyrodnieniowe, 20% jako dyskopatie, 18% osteoporoza [9, 10, 11]. Obecny rozwój intensywnych i agresywnych form leczenia przerzutów i złamań patologicznych obejmuje też wczesne uruchamianie pacjenta i szybką pionizację, co korzystnie wpływa na stan psychiczny chorych i ich rodzin.

Przedstawiono 5 przypadków pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową i przerzutami do kości, z ogniskami pierwotnymi w płucach, gruczole sutkowym, gruczole krokowym, nerce, skórze. Czworo z nich rehabilitowano w latach 2003–2005 w oddziale, zaś jedna pacjentka była leczona w domu w ramach rehabilitacji środowiskowej. Po 3–4-tygodniowym okresie hospitalizacji u pacjentów uzyskano poprawę ogólnej sprawności fizycznej, zwiększenie tolerancji wysiłku, poprawę możliwości samoobsługi. U wszystkich pacjentów na skutek rozpoczętej rehabilitacji zaobserwowano większą motywację do dalszego leczenia.

OPIS PRZYPADKÓW

B.Ś. – pacjent 43-letni z niedowładem czterech kończyn, po usunięciu guza zewnątrzrdzeniowego na poziomie C5 przekazany z oddziału neurochirurgii. Od 2 lat odczuwał narastające dolegliwości bólowe karku, barków, ręki prawej, następnie nieznaczne osłabienie kończyny górnej lewej. W tym samym roku usunięcie zmiany barwnikowej na skórze grzbietu (w wykonanym badaniu histopatologicznym – melanoma malignum), a 2 lata później usunięcie węzłów chłonnych pachowych po stronie prawej z powodu przerzutów, kilka miesięcy później stwierdzono przerzuty nowotworowe do płuc. W wykonanym badaniu MR kręgosłupa szyjnego stwierdzono zmiany na poziomie C5 o charakterze przerzutowym (wrostek kolczasty, łuk, wyrostki stawowe, wyrostki poprzeczne kręgu C5), nowotwór naciekający sąsiednie tkanki miękkie, wchodzący do kanału kręgowego, gdzie rozrasta się ku górze i ku dołowi, wyraźnie uciska worek oponowy i rdzeń kręgowy. Trzon kręgu C5 jak również pozostałe kręgi szyjne prawidłowe w obrazie MR, sam rdzeń kręgowy o prawidłowym sygnale. Wnioski: Tu vertebrae C5, probabilliter meta.

W chwili stwierdzenia przerzutów do kręgu C5 występowały bóle, bardziej nasilone w kończynach lewych, osłabienie czterech kończyn, brak kontroli zwieraczy (cewnik wewnętrzny). Pacjent operowany – usunięto (subtotalnie) patologiczną tkankę guza (guz kulisty, twardy, obficie ukrwiony, wyrostek kolczasty i łuki kręgu C5 zniszczone przez guz), odreparowano guz od mięśni (naciekał wiązadło żółte i częściowo łuki C4 i C6), usunięto częściowo łuki C4 i C6 oraz wiązadło żółte. Badanie histopatologiczne śródoperacyjne: neoplasma malignum. Bezpośrednio po zabiegu przejściowe nasilenie niedowładów kończyn lewych. Potem nieznaczna stała poprawa ruchomości.

W szóstej dobie po zabiegu pacjent przyjęty do oddziału rehabilitacji. Przy przyjęciu leżący, niedowład czterech kończyn bardziej nasilony w kończynach lewych (brak zgięcia grzbietowego stopy lewej, brak ruchów palców), obustronny stopotrząs, odruchy głębokie w kończynach dolnych osłabione, osłabienie czucia powierzchniowego kończyny dolnej lewej, zacewnikowany. W trakcie pobytu w oddziale realizował indywidualny program obejmujący gimnastykę poranną w łóżku, ćwiczenia oddechowe dwa razy dziennie, ćwiczenia czynne kończyn prawych, wspomagane kończyn lewych, ćwiczenia naczyniowe kończyn

dolnych, masaż ręczny kończyn lewych i obręczy barkowej, sollux niebieski na bark prawy. Prowadzono etapową pionizację (od pierwszego dnia sadzany), początkowo w parapodium (od drugiego dnia), a następnie kilka razy dziennie przy łóżku przy pomocy terapeutów (od piątego dnia pobytu), przystosowany do biernego korzystania z wózka inwalidzkiego. W piątej dobie pacjenta rozcewnikowano, zwieracze kontroluje. Głównymi problemami utrudniającymi rehabilitację były: infekcja dróg moczowych, silne bóle barku pod koniec pobytu znacznie uniemożliwiające pionizację. Po wypisaniu z oddziału (3 tygodnie) i po konsultacji onkologicznej zakwalifikowany do leczenia paliatywnego. Przebywał w oddziale chorób wewnętrznych, gdzie w leczeniu stosowano duże dawki narkotyków z uwagi na silne bóle barku prawego. Pacjent zmarł po trzech miesiącach od rozpoznania przerzutów.

Z. K. – pacjentka 57-letnia, od trzech miesięcy ból o charakterze rwy kulszowej obustronnej, leczona początkowo w POZ (zabiegi rehabilitacyjne, masaż ręczny, elektroterapia). Po miesiącu od pierwszych objawów z uwagi na nasilenie dolegliwości wykonano MR kręgosłupa lędźwiowego – obniżenie trzonów L3 i L4, przemieszczenie tylnej części trzonu L3 i L4 w obręb kanału kręgowego na głębokość 5 mm i 4 mm trzonu L4, z uciskiem przedniej ściany worka oponowego. Wnioski: meta ad columnae vertebralis. Fractura pathologica corporis vertebrae L1, L3, L4. Stenosis canalis vertebralis. Protrusio disci intervertebralis L4/L5 et L5-S1. Ogniska obecne również w Th 10 i Th 12. W badaniu usg stwierdzono guz nerki lewej. Wykonano nefrektomię – w badaniu histopatologicznym adenoma clarocellulare GIII. Chora hospitalizowana w oddziale ortopedii, gdzie wykonano vertebroplastykę L1, L2 (przezskórne podanie cementu kostnego), a po tygodniu paliatywne napromienianie Co-60 kręgosłupa w odcinku L2-S1, 800 Gry. Miesiąc po zabiegu ortopedycznym odbyło się badanie lekarskie rehabilitacyjne w domu, w ramach wizyty środowiskowej: pacjentka leżąca, ruchy czynne w kończynach dolnych zachowane, z cewnikiem w pęcherzu moczowym. Zaplanowano program rehabilitacji w domu: ćwiczenia prowadzone kończyn górnych i kończyn dolnych, ćwiczenia oddechowe, etapową pionizację w gorsecie Javetta, później zamienioną na wysoką sznurówkę z podpaszkami z uwagi na złą tolerancję gorsetu – pacjentka otyła, trudności z założeniem i niespełnianiu zamierzonej funkcji. U pacjentki szybko nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego, osłabienie, wymioty

treścią fusowatą. Zmarła 2 miesiące od ustalenia rozpoznania.

Z. S. – pacjent 53-letni przyjęty do oddziału neurologii z powodu wystąpienia nagłej paraparezy kończyn dolnych, poprzedzonej uczuciem osłabienia i drętwieniem kończyn. W wywiadzie: dwa lata wcześniej leczony z powodu raka prostaty (napromienianie, hormonoterapia). W badaniu TK kręgosłupa niejednorodna sklerotyczna przebudowa prawobocznej części trzonu i łuku Th12 bez cech ekspansji. W badaniu MR nieprawidłowy obraz trzonów Th7, Th8, Th12, cechy destrukcji kostnej trzonów Th8 i Th12, w tylnej części kanału kręgowego po stronie lewej widoczna nieprawidłowa masa, która uciska i przemieszcza worek oponowy, w odcinku lędźwiowym wypuklina L5-S1. Po konsultacji neurochirurgicznej nie zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego, zaproponowano paliatywne napromienianie Co-60. Przy przyjęciu do oddziału rehabilitacji: niedowład kończyn dolnych, kończyna dolna lewa – obniżone napięcie, stopotrząs, dodatni objaw Babińskiego, czucie powierzchniowe osłabione od poziomu Th12, czucie głębokie zaburzone. Od początku pionizowany – stawiany w łuskach i gorscie przy łóżku, następnie w parapodium kilka razy dziennie (do 30 sekund), sadzany w wózku na około 1 godzinę. Stosowano ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia prowadzone kończyn dolnych, ćwiczenia naczyniowe kończyn dolnych, czynne odciążenia kończyn dolnych, drenaż ułożeniowy kończyn dolnych, terapię zajęciową. Pacjent wypisany do domu, przystosowany do biernego korzystania z wózka inwalidzkiego, z zaleceniem kontynuacji w ramach rehabilitacji środowiskowej.

K.M. – pacjentka 59-letnia, od 3 lat dolegliwości bólowe o typie radikulopatii, leczona ambulatoryjnie (zabiegi fizykalne). Rok później przyjęta do oddziału neurologii z powodu silnych, narastających przez kilka miesięcy dolegliwości bólowych kręgosłupa L-S z promieniowaniem do uda prawego z drętwieniem przedniej powierzchni uda, od 2 miesięcy znaczne pogorszenie, chora leżąca. W badaniu fizykalnym wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych w odcinku L-S, dodatni objaw Mackiewicza obustronnie, dodatni objaw Lasegue’a po stronie prawej, osłabienie obustronnie odruchów skokowych, osłabienie czucia na przedniej powierzchni kończyny dolnej prawej. W oddziale neurologii – w badaniu TK w kręgach od L2-S1 liczne ogniska osteolizy, kompresyjne złamanie L3, z wpuklaniem się na tej wysokości mas z uciskiem worka oponowego, zwężenie kanału kręgowego na poziomie L3.

W badaniu usg jamy brzusznej – powiększona wątroba o wymiarze AP-17 cm, bez zmian ogniskowych, rtg płuc – bez zmian. Stwierdzono guz w obrębie kwadrantu dolnego przyśrodkowego piersi lewej. Wykonano zabieg operacyjny: spondylodeza przednia (Dero Tytan), korporektomia L4 i wertebrektomia L3, uwolnienie kanału kręgowego, stabilizacja koszykiem tytanowym, spondylodeza tylna (L1-L5, Dero). W badaniu histopatologicznym: ca metastaticum columnae vertebralis e mammae ortum (fragmenta).

Po 3 miesiącach od zabiegu operacyjnego hospitalizowana w oddziale rehabilitacji: rwa kulszowa prawostronna, chód utykający, osłabienie czucia na kończynie dolnej lewej. Program rehabilitacji: gimnastyka poranna, ćwiczenia oddechowe, trening rowerowy w łóżku, ćwiczenia chodu, grupa terenowa, ćwiczenia czynne w odciążeniu kończyn dolnych, masaż ręczny kończyn dolnych, laser na paluch lewy. Zaopatrzenie ortopedyczne: gorset Javetta, laska łokciowa. W wyniku rehabilitacji w oddziale uzyskano poprawę w zakresie samoobsługi, wydolności fizycznej, zdolności lokomocyjnych (na krótkich i średnich dystansach), poprawę jakości życia, poprawę nastroju, zwiększenie motywacji do leczenia onkologicznego.

MW. – pacjent lat 66, przekazany z oddziału ortopedii z dużym niedowładem kończyn dolnych, po operacyjnym leczeniu patologicznego złamania Th 6. Zgłosił się na izbę przyjęć z powodu narastającego od kilku godzin niedowładu kończyn dolnych z uczuciem drętwienia. W okresie ostatnich trzech miesięcy bóle kręgosłupa lędźwiowego, trudności w chodzeniu, od kilku dni zatrzymanie stolca, trudności z mikcją, uraz neguje. Leczony wcześniej z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, leczony operacyjnie z powodu brodawczaka pęcherza moczowego 10 lat wcześniej. W badaniu neurologicznym stwierdzono niedowład kończyn dolnych znacznego stopnia, na granicy bezwładu, osłabienie czucia powierzchniowego od poziomu Th 7 w dół. W TK kręgosłupa widoczna lita masa guza o wymiarach 58 x 51 x 37 mm ulegająca wyraźnemu wzmocnieniu kontrastowemu, niszcząca trzon kręgu Th 6 (z obniżeniem jego wysokości), wpukła się do kanału kręgowego od strony prawej, zwężając światło i uciskając rdzeń kręgowy, na zewnątrz uwypukla się w obręb klatki piersiowej po stronie prawej na głębokość około 20 mm. KT klatki piersiowej: w szczycie płuca prawego widoczna lita zmiana ogniskowa 15 x 27 mm, łącząca się

z opłucną, patologicznie powiększone węzły chłonne w śródpiersiu górnym. Wykonano lami-nektomię Th5–Th 6, wertebraktomię Th 6, stabilizację transpedikularną Th5–Th7 (Dero, Tytan), cement do trzonu Th6 (wertebroplastyka Th 6), rizotomię po stronie prawej Th5–Th6. W pobranym badaniu histopatologicznym stwierdzono: carcinoma metastaticum ossis probabiliter plano-epiteliale. Konsultowany torakochirurgicznie – zalecono mediastinoskopię po uzyskaniu poprawy stanu ogólnego.

Przyjęty do oddziału rehabilitacji: w badaniu dużego stopnia niedowład kończyn z obniżonym napięciem mięśniowym, zacewnikowany. Program rehabilitacji obejmował: ćwiczenia odde-chowe, ćwiczenia prowadzone kończyn dolnych, trening rowerowy w łóżku, masaż ręczny kończyn dolnych, drenaż ułożeniowy kończyn dolnych, pionizowany w gorsecie Jawetta i parapodium. Przy wypisie przystosowany do biernego korzy-zania z wózka inwalidzkiego.

OMÓWIENIE

U czterech pacjentów, po 3–4 tygodniowym okresie hospitalizacji uzyskano poprawę ogólnej sprawności fizycznej, zwiększenie tolerancji wysiłku, poprawę możliwości samoobsługi. U wszystkich pacjentów na skutek rozpoczętej rehabilitacji zaobserwowano większą motywację do dalszego leczenia, zmniejszenie stresu wynikającego z za-istniałej dramatycznej sytuacji życiowej. Ciężkiego stanu pacjentów i złego rokowania nie uznano za przeciwwskazanie do rehabilitacji szpitalnej i środowiskowej. W końcowych etapach życia, z całą pewnością, prowadzona rehabilitacja przyczyniła się do poprawy jakości życia tych osób i zapobiegła całkowitej ich marginalizacji społecznej. Odnośnie do przedłużenia życia nie można się w zaistniałej sytuacji wypowiedzieć. Należy dążyć do udoskonalenia systemu kompleksowej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową, w której obok lekarzy specjalistów, w zintegrowanym zespole powinien być fizjoterapeuta, psycholog, pielęgniarka, kapelan szpitalny, pracownik socjalny.

WNIOSKI

1. Szeroko pojęta, kompleksowa i umiejętnie dobrana rehabilitacja powinna być nieodzownym elementem interdyscyplinarnego leczenia osób z chorobą nowotworową.
2. Rehabilitacja powinna być prowadzona na każdym etapie leczenia niezależnie od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D. M.: *GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, France: IARC Press; 2002.
2. Luthy C., Pugliesi A., Choitier A., Barthassat V., Aragnon F., Grivel A., Brasey, et al.: *Supportive care in oncology: a concept of rehabilitation*. Rev. Med. Suisse, 2005, 1 (37): 2416.
3. Douglas E.: *Exercise in cancer patients*, Physical Therapy Review, 2005, 10: 71.
4. Bartsch H.H., Weis J., Moser M.T.: *Cancer-Related Fatigue in Patients Attending Oncological Rehabilitation Programs: Prevalence, Patterns and Predictors*, Onkologie, 2003; 26: 51.
5. Carlson L.E., Bultz B.D.: *Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset*, Health Qual Life Outcomes. 2003; 1: 8.
6. Losito J., Murphy S., Thomas M.: *The effects of group exercise on fatigue and quality of life during cancer treatment*. Oncol Nurs Forum, 2006, 1; 33 (4) : 821.
7. Franklin D.J., Packel L.: *Cancer-related fatigue*, Arch Phys Med Rehabil, 2006, 87, (3) Suppl 1; 91.
8. Nowicki A., Rządkowska B.: *Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi*. Współczesna Onkol, 2005, 9, (9); 396.
9. Rolski J., Pawlicki M.: *Błędy przy rozpoznawaniu przerzutów nowotworowych do kości*. Współczesna Onkol, 2004, 8(1); 25.
10. Wcisło G., Korniluk J., Leśniewski-Kmak K., Pawlak W.Z.: *Przerzut do kości jako źródło pierwszych objawów klinicznych raka*, Współczesna Onkol, 2002, 6, (4); 2006-215.
11. Pawlicki M.: *Nowe taktyki leczenia przerzutów nowotworowych do kości*. Współczesna Onkol, 2002,6, (9); 608.

Andrzej Kwolek
ul. Kardynała Wyszyńskiego 15
37-100 Łańcut
tel. (17) 86 64 252
fax. (017) 86 64 230
e-mail: kwoleka@o2.pl