

REHABILITACIJA OSEB Z MOŽGANSKIMI TUMORJI

Nika Goljar, Daniel Globokar

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana

Povzetek

Cilj rehabilitacije bolnikov z možganskimi tumorji je povečanje funkcionalnih sposobnosti bolnika in preprečevanje zapletov ter posredno izboljšanje kakovosti življenja. Rehabilitacijski programi so večinoma podobni kot za bolnike po možganski kapi ali nezgodni možganski poškodbi. Zaradi večplastnih nevroloških izpadov, bolj izrazitega upada umskih sposobnosti, čustvenih in osebnostno-vedenjskih sprememb, večjega utrujanja, slabše fizične zmogljivosti in pogostejših zdravstvenih zapletov, je potreben pri bolnikih z možganskimi tumorji individualen in interdisciplinaren pristop, rehabilitacijski cilji pa morajo biti dobro definirani. V interdisciplinarni program rehabilitacije naj bi bili vključeni bolniki s prizadetostjo na dveh ali več področjih funkcioniranja ob pogoju, da je njihovo zdravstveno stanje stabilno, da so telesno sposobni sodelovati v aktivnem programu vsaj 3 ure in imajo zadovoljive sposobnosti za učenje. Rehabilitacijski postopki so usmerjeni v kompenziranje senzoričnih in percepcijskih motenj, vzpodbujanje selektivne gibalne kontrole, predvsem pa v učenje funkcionalnih aktivnosti, torej čim večjo samostojnost pri gibanju in osnovnih dnevnih opravilih. Da bi bolniku čim bolj pomagali pri obnovi samostojnega in kakovostnega življenja, mu pomagamo tudi z različnimi tehničnimi pripomočki, svetovanjem ter prilaganjem okolja. Po naših izkušnjah in izkušnjah drugih lahko ugotovimo, da kompleksna rehabilitacija pomembno izboljša funkcijsko stanje bolnikov s primarnimi možganskimi tumorji.

Uvod

Preživetje bolnikov z možganskimi tumorji (MT) je ob napredovanju medicine daljše, s tem pa se pojavljajo tudi večje potrebe po rehabilitaciji teh bolnikov. Cilj rehabilitacije je povečanje funkcionalnih sposobnosti bolnika in preprečevanje zapletov ter posredno izboljšanje kakovosti življenja.

O rehabilitaciji oseb z MT je v literaturi relativno malo z dokazi podprtega gradiva. Rehabilitacijski programi so večinoma podobni kot za bolnike po možganski kapi ali nezgodni možganski poškodbi. Od teh bolnikov se bolniki z MT ločijo po negotovi prognozi bolezni. Stranski učinki kirurških posegov, radioterapije in kemoterapije znižujejo njihove funkcijske sposobnosti. Zaradi depresije, utrujanja in zdravstvenih zapletov pa je sodelovanje pri rehabilitaci-

ji slabše. Kljub intenzivni terapiji se pojavljajo recidivi bolezni, zato je pri rehabilitaciji bolnikov z MT potreben strogo individualen in interdisciplinaren pristop.

Program rehabilitacije za osebe z možganskimi tumorji

Najpogostejši nevrološki simptomi pri bolnikih z MT, katere vidimo v rehabilitacijskih ustanovah so: kognitivni upad, ohromelost, vidno-zaznavne motnje, senzorične motnje, disfunkcija mehurja in črevesa, motnje požiranja in motnje govora. Glede na številne možne nevrološke izpade je potrebna kompleksna rehabilitacija. Idealen rehabilitacijski tim naj bi sestavljali zdravnik specialist rehabilitacijske medicine, po potrebi zdravnik specialist druge specialnosti, medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, logoped, psiholog, socialni delavec ter inženir ortopedske tehnike.

Rehabilitacijske cilje določajo vsi člani tima na podlagi ocene bolnikovega stanja, upoštevajoč želje in potrebe bolnika in njegovih svojcev. Za bolnike z MT so časovni okviri intervencij krajši kot pri drugih, zato je potrebno cilje rehabilitacije dobro definirati.

Funkcionalno izboljšanje temelji tako na funkcionalni reorganizaciji centralnega živčevja kot na bolnikovi prilagoditvi na funkcionalni izpad.

Fizio- in delovnoterapevtski postopki so usmerjeni v preprečevanje oz. zmanjševanje sekundarnih zapletov, kompenziranje senzoričnih in percepcijskih motenj ter vzpodbujanje selektivne gibalne kontrole. Vadba je usmerjena v izvajanje selektivnih gibov, kasneje tudi v čim več kombinacij gibov, ki omogočajo uspešno opravljanje funkcionalnih nalog, torej v čim večjo samostojnost pri gibanju in osnovnih dnevnih opravilih. Pomembno je načelo o generalizaciji učenja, t.j. da sposobnosti, katere bolnik pridobi med obravnavo, lahko uspešno uporabi v različnih situacijah vsakodnevnega življenja. Da bi bolniku čim bolj pomagali pri obnovi samostojnega in kakovostnega življenja, mu pomagamo tudi z različnimi tehničnimi pripomočki, svetovanjem ter prilaganjem okolja.

Cilj programa za izboljšanje govorno jezikovnih sposobnosti bolnikov z afazijo je predvsem funkcionalna komunikacija. Tako med logopedsko obravnavo vzpostavimo po možnosti najustreznejši način sporazumevanja, spodbujamo in razvijamo izražanje z govorom, spodbujamo razumevanje, branje in pisanje.

Psihološka obravnava bolnikov z MT je dinamičen proces prepletanja psihodiagnostike, psihoterapije in kognitivne rehabilitacije. Kakor bolniku je namenjena tudi svojcem in drugim osebam v njegovem socialnem okolju.

Postopki socialnega dela so prilagojeni posamezniku predvsem glede na možnosti za ponovno vključevanje v ožje (družina) in širše (soseska, delovna organizacija) socialno okolje. Zlasti pomembno ga je seznaniti z možnimi oblikami urejanja varstvenih storitev in dajatev, pa tudi z mrežo in programi izvajalcev posameznih oblik pomoči.

Pomembna naloga vseh članov tima je izobraževanje svojcev, da bolniku lahko čim bolj pomagajo in ga podpirajo ter tudi doma opravljajo določene aktivnosti.

Izid rehabilitacije pri osebah z možganskimi tumorji

Študije izida hospitalne rehabilitacije oseb s primarnim MT kažejo pomembno izboljšanje funkcijskega stanja ocenjenega z lestvico funkcijske neodvisnosti (FIM). Stopnja funkcijskega izboljšanja ob zaključku rehabilitacije je podobna kot pri osebah po možganski kapi ali nezgodni poškodbi možganov, navedeni pa so višji odstotki zdravstvenih zapletov. Pri približno tretjini bolnikov je potrebna premestitev nazaj na oddelke za akutno obravnavo.

Naše izkušnje

Na Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo je na oddelek za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi na leto sprejetih na prvo rehabilitacijsko obravnavo povprečno 10 bolnikov s primarnim MT.

V treh letih (od začetka leta 2004 do konca leta 2006) je bilo na oddelek prvič sprejetih na rehabilitacijo petintrideset oseb z MT. Sedemnajst je bilo moških, osemnajst žensk, njihova povprečna starost je bila 45 let (od 16 do 77). Dvanajst jih je bilo prizadetih po levi strani, petnajst po desni, sedem po obeh straneh, eden je bil brez parez. Pri enajstih bolnikih (31%) je bil histološko dokazan meningeom, pri petih glioblastom (14%), pri osmih (23%) druge vrste gliom, pri preostalih enajst (31%) druge vrste možganski tumor. Povprečno trajanje hospitalizacije je bilo 48 dni. Povprečna skupna ocena FIM bolnikov z MT ob sprejemu je bila 82,2, ob odpustu 86,9 ($p=0,001$), motoričnega dela FIM ob sprejemu 57,0, ob odpustu 61,3 ($p=0,001$) ter kognitivnega ob sprejemu 25,2 in odpustu 25,6 ($p=0,298$). Pri sedmih bolnikih (20%) je bila rehabilitacija predčasno prekinjena zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja, trije so bili premeščeni v drugo bolnišnico.

Povprečna starost bolnikov z možgansko žilnimi boleznimi (MŽB) sprejetih na prvo rehabilitacijsko obravnavo je 56 let, povprečno trajanje hospitalizacije pa 56 dni. Povprečna skupna ocena FIM ob sprejemu je 76,1, ob odpustu 90,6 ($p=0,0071$), motoričnega dela FIM ob sprejemu 47,5, ob odpustu 61,1 ($p<0,001$) ter kognitivnega ob sprejemu 28,6 in odpustu 29,6 ($p=0,9248$).

Iz statističnih podatkov lahko razberemo, da so imeli bolniki z MT nekoliko večji kognitivni upad kot bolniki z MŽB, krajšo hospitalizacijo in nekoliko slabši napredek pri rehabilitaciji (0,10 točk/dan : 0,26 točk/dan), vendar so med rehabilitacijo večinoma dosegli pomembno izboljšanje. Slabše napredovanje in krajše trajanje hospitalizacije gre večinoma na račun slabšanja funkcijskega stanja pri bolnikih s hudo malignim tumorjem in predčasnim zaključkom rehabilitacije. Izid rehabilitacije bolnikov z nemalignimi MT (večinoma meningeomi) je bil podoben kot pri bolnikih z MŽB. Povprečno so bili hospitalizirani 56 dni,

povprečna skupna ocena FIM pri tej skupini bolnikov je bila ob sprejemu 81,8, ob odpustu 89,1 ($p=0,0001$), motoričnega dela FIM ob sprejemu 56,2, ob odpustu 62,4 ($p=0,0001$) ter kognitivnega ob sprejemu 25,9 in odpustu 26,7 ($p=0,082$).

V treh letih je bilo šest bolnikov ponovno sprejetih na rehabilitacijo, štirje zaradi poslabšanja funkcijskega stanja. Pri dveh bolnikih je prišlo celo večkrat do ponovitve bolezni in so bili sprejeti na krajši program rehabilitacije dvakrat oz. trikrat.

Merila za uvrščanje bolnikov v rehabilitacijski program

Najpomembnejši dejavniki pri uvrščanju bolnikov v rehabilitacijski program so vrsta in stopnja prizadetosti, sposobnost za učenje in telesna vzdržljivost. V interdisciplinarni program rehabilitacije naj bi bili vključeni v glavnem bolniki s prizadetostjo na dveh ali več področjih funkcioniranja, npr. gibanja, dnevnih aktivnosti, spoznavnih sposobnosti, čustvovanja, sporazumevanja, ob pogoju, da je njihovo zdravstveno stanje stabilno, da so telesno sposobni sodelovati v aktivnem programu vsaj tri ure dnevno in imajo zadovoljive sposobnosti za učenje.

Hospitalna rehabilitacija v rehabilitacijski ustanovi je najbolj primerna za bolnike z zmerno do hudo fizično prizadetostjo. Osebe s kognitivnim upadom in blažjimi motoričnimi izpadi lahko obravnavamo ambulantno.

Po naših izkušnjah predstavlja pri osebah z MT utrujanje veliko oviro pri sodelovanju v intenzivnem rehabilitacijskem programu. Priporočamo (podobno v literaturi), da naj bi agresivna terapija, kot sta radioterapija ali kemoterapija, ne sovpadala z intenzivnim programom rehabilitacije.

Zaključek

Rehabilitacija lahko pomembno izboljša funkcijsko stanje bolnikov s primarnimi možganskimi tumorji. Zaradi večplastnih nevroloških izpadov, bolj izrazitega upada umskih sposobnosti, čustvenih in osebnostno-vedenskih sprememb, večjega utrujanja, slabše fizične zmogljivosti in pogostejših zdravstvenih zapletov je potreben individualen in interdisciplinaren pristop z dobro definiranimi rehabilitacijskimi cilji.

Viri in literatura

1. Kirshblum S, O'Dell MW, Ho C, Barr K. Rehabilitation of persons with central nervous system tumors. *Cancer* 2001; 92: Suppl 4: 1029-38.
2. Mukand JA, Guilmette TJ, Tran M. Rehabilitation for patients with brain tumors. *Crit Rev Phys Rehabil Med* 2003;15:99-111.

3. Sherer M, Meyers CA, Bergloff P. Efficacy of postacute brain injury rehabilitation for patients with primary malignant brain tumors. *Cancer* 1997;80:250-7.
4. Bell KR, O'Dell MW, Barr K, Yablon SA. Rehabilitation of the patient with brain tumor. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79:37-46.
5. Huang ME, Wartella JE, Kreutzer JS. Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors: a preliminary report. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:1540-6.
6. Marciniak CM, Sliwa JA, Heinemann AW, Semik PE. Functional outcomes of persons with brain tumors after inpatient rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:457-63.
7. O'Dell MW, Barr K, Spanier D, Warnick RE. Functional outcome of inpatient rehabilitation in persons with brain tumors. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79:1530-4.
8. Mukand JA, Blackinton DD, Crincoli MG, Lee JJ, Santos BB. Incidence of neurologic deficits and rehabilitation of patients with brain tumors. *Am J Phys Med Rehabil* 2001;80:346-50.