

VLOGA FIZIOTERAPIJE V POOPERATIVNI OBRAVNAVI BOLNIC Z GINEKOLOŠKIMI RAKI

The role of physiotherapy in the postoperative treatment of patients with gynecological cancer

Sanja Đukić, dipl. fiziot. s spec. znanji

Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za fizioterapijo

sadukic@onko-i.si

IZVLEČEK

Namen prispevka je na podlagi pregleda literature predstaviti priporočila za fizioterapevtsko obravnavo žensk po operativnem zdravljenju ginekoloških rakov. Vloga fizioterapije po operaciji je usmerjena v individualno obravnavo bolnic. Poudarek je na funkcionalni mobilnosti, dihalnih vajah in hitrejši samostojnost pri dnevnih aktivnostih. Bolnice je potrebno informirati glede omejitev, ki jih bo po operaciji potrebno upoštevati. Cilj je celostna rehabilitacija bolnic, ki bo izboljšala njihovo kakovost življenja z najmanjšimi posledicami bolezni in postopkov zdravljenja.

Ključne besede: ginekološka operacija, fizioterapija, vaje, limfedem, rehabilitacija.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present recommendations for physiotherapy based on literature review. The role of physiotherapy requires an integrative approach that treats the women as a whole to achieve optimum success. The aim of rehabilitation is to assist women to achieve the best possible level of function and to improve their quality of life after treatment effects from gynecological cancer.

Keywords: gynecology operation, physiotherapy, exercise, lymphedema, rehabilitation.

UVOD

Raki rodil so raznovrstna skupina bolezni in obsegajo rak materničnega vratu, rak materničnega telesa, rak jajčnikov in jajcevodov ter rak zunanjega spolovila in nožnice. S šestimi odstotki je rak materničnega telesa na petem mestu po pogostosti ženskih rakov, rak jajčnikov je s slabimi tremi odstotki na osmem mestu, za rakom zunanjega spolovila zbolijo okoli 40 bolnic na leto, rak materničnega vratu pa prizadene okoli 130 bolnic na leto (Merlo, 2018). Ginekološke rake zdravijo kirurško, z obsevanjem in/ali s citostatiki. V zgodnjih stadijih jih poskušajo odstraniti z radikalno operacijo brez dopolnilnega zdravljenja. Rake v napredovalih stadijih lahko samo obsevajo ali pa jih zdravijo s kombinacijo obsevanja in citostatikov – radiokemoterapijo (Tekač, et al., 2011).

Fizioterapevt ima pomembno vlogo v dajanju navodil bolnicam po operaciji, optimalno bi bilo, če bi se fizioterapevska obravnava začela že pred samim operativnim posegom. Fizioterapevska obravnava bolnic po ginekološki operaciji je usmerjena predvsem v preprečevanje respiratornih in cirkulatornih motenj ter v zdravstveno vzgojno edukacijo bolnic o pravilni pooperativni mobilizaciji glede na vrsto operativnega posega (Zachwieja & Mutone, 2010).

Prvi dan po operaciji bolnico naučimo izvajati dihalne vaje, in sicer se spodbuja globoko dihanje, vdih skozi nos in izdih skozi usta. Najpogosteje učimo dihanja s trebušno prepono, s čimer bolnica prediha spodnje predele pljuč, zmanjša se »mrtvi prostor« in sprosti se ramenski obroč. Dihalne vaje izvaja večkrat na dan (Pitta, et al., 2015). Če je potrebno, bolnici pri izkašljevanju pomagamo. Damo ji oporo z blazino ali z rokami v področju rane in jo spodbudimo naj zakašlja.

Za preprečevanje cirkulatornih zapletov jim svetujemo izvajanje vaj za krvni obtok s spodnjimi udi. Pri iztegnjenih kolenih vsaj 10-krat potegne

stopala navzgor in nato navzdol; sledi kroženje s stopali najprej v eno in nato v drugo smer. Prav tako začne bolnica s posedanjem. Pri obračanju v postelji pokrči noge, se obrne na bok in se posede preko roba postelje. Izogiba naj se uporabi trapeza, ker lahko zaradi prekomerne uporaba pride do bolečin v ramenskem obroču in v trebuhu. S pomočjo fizioterapevta vstane in prehodi kratko razdaljo, odvisno od počutja bolnice.

Drugi dan po operaciji bolnica nadaljuje z vajami prvega dne. Pri tem ji pomaga fizioterapevt, v kolikor pomoč potrebuje. Postopoma zmanjšujemo pomoč fizioterapevta pri mobilizaciji (Cook, 2004). Bolnica pridobiva samostojnost pri vseh dnevnih opravilih in aktivnostih. Podaljšuje čas sedenja in večkrat na dan prehodi daljše razdalje.

Pred odpustom je bolnico potrebno poučiti, kdaj lahko začne z domačimi opravili, rekreativnimi dejavnostmi, o pomenu pravilnega dvigovanja bremen in o vajah za mišice medeničnega dna (prvih 6 tednov). Po operaciji je prvih 6 tednov dovoljeno dvigovanje le lažjih predmetov (1kg), težje predmete pa šele po 8 do 10 tednih (Nygaard, et al., 2013). Idealno bi bilo, da bi bila ženska po prvem kontrolnem pregledu pri ginekologu napotena na fizioterapevtsko obravnavo za oceno okrevanja. Poleg tega je cilj fizioterapevtske obravnave zmanjšati morebitno bolečino in obravnavati nove nastale težave (Ščepanović, 2015).

Pri bolnicah, ki so jim pri operaciji odstranili medenične bezgavke, se lahko razvije limfedem. Limfedem nastane kot posledica motnje v delovanju limfnega sistema, ki povzroči zastoj limfne tekočine v medceličnem tkivu (Földi & Földi, 2012). Pogosteje se pojavi (v spodnjih udih, dimljah in /ali v spodnjem delu trebuha) pri bolnicah, ki so imele narejeno iliofemoralno limfadenektomijo in/ali zdravljenje z obsevanjem in kemoterapijo (Yost, et al., 2014). Limfedem je kronično in progresivno stanje, ki povzroča izgubo funkcije spodnjega uda, bolečino in neudobje ter posledično vpliva na psihološko slabo počutje. Avstralska raziskava, ki je izvedel Hayes s sodelavci (2017), je pokazala, da je kar 50 % bolnic razvilo limfedem dve leti po zdravljenju raka ne glede na vrsto ginekološkega raka. Pri 60 %

primerov je bil limfedem trajen, pri 40 % pa prehodan. Rizični faktorji za pojav limfedema so bili pri bolnicah, ki so imele odstranjene bezgavke, so prejele radiokemoterapijo, so imele zvišan indeks telesne mase ter so bile premalo fizično aktivne.

Bolnice moramo informirati o ukrepih za preprečevanje limfedema, kot so izogibanje težkim in ponavljajočim se aktivnostim, večkratna elevacija spodnjih udov, izogibanje tesnim oblačilom, vzdrževanje telesne teže, skrb za nego kože. Odsvetujemo tudi kopanje v vročih termalnih vodah in obisk savne. Za lažje obvladovanje limfedema je potrebno bolnice opozoriti na prvi znak, to je občutek teže in otekanje v področju simfize, zunanjsa splovlila in spodnjih udov. Ob pojavu le-tega je potreben obisk zdravnika (Yost, et al., 2014). Za najuspešnejšo in priporočeno terapijo za zmanjšanje limfedema se je izkazala tako imenovana *kompleksna dekonjestivna terapija* (v nadaljevanju *KDT*). To je kombinacija postopkov, ki zajemajo ročno limfno drenažo, kompresijsko povijanje uda, vsakodnevno izvajanje terapevtskih vaj, elevacija uda in skrb za nego kože (MacGregor, 2006). KDT izvaja specialno usposobljen in izurjen fizioterapevt (limfterapevt), ki terapijo individualno prilagodi vsaki posamezni bolnici glede na njene potrebe. S pravočasnim odkrivanjem in ustreznim zdravljenjem teh težav lahko izboljšamo tudi kakovost življenja ginekoloških bolnic po zdravljenju raka.

ZAKLJUČEK

Vloga fizioterapije po operativnem zdravljenju ginekoloških rakov je v preprečevanju pooperativnih zapletov in s svojimi metodami omogočiti hitrejšo aktivacijo bolnic ter izboljšati njihovo psihofizično sposobnost. Optimalno bi bilo, če bi se fizioterapevtska obravnava začela že pred samim operativnim posegom. Ob sprejemu v bolnišnico bi bolnicam individualno dajali navodila o pravilni mehaniki gibanja in o preprečevanju pooperativnih komplikacij, vendar vloga fizioterapije pred in po ginekoloških operacijah ni podprta z dokazi kot npr. vloga fizioterapije pred in po ortopedskih operacijah.

Zato je cilj celostna rehabilitacija ginekoloških bolnic, ki bo izboljšala njihovo kakovost življenja z najmanjšimi posledicami bolezni in postopkov zdravljenja.

LITERATURA

Cook, T., 2004. Gynaecological surgery. In: Mantle, J., Haslam, J. & Barton, S. *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology*. 2th ed. London: Butterworth-Heinemann, pp. 309–330.

Földi, M. & Földi, E., 2012. *Földi's textbook of lymphology for physicians and lymphedema therapists*. 3rd ed. Munich: Elsevier GmbH, pp. 175–249.

Hayes, S.C., Janda, M., Ward, L.C., Reul-Hirche, H., Steele, M.L., Carter, J. et al., 2017. Lymphedema following gynecological cancer: Results from a prospective, longitudinal cohort study on prevalence, incidence and risk factors. *Gynecologic Oncology*, 146(3), pp. 623–629. Available at: [http://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(17\)30899-5/fulltext](http://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(17)30899-5/fulltext) [30. 07. 2018].

MacGregor, L. ed., 2006. *Lymphoedema Framework. Best practice for the management of lymphoedema. International consensus.* London: Medical Education Partnership Ltd. Available at: https://www.lympho.org/wp-content/uploads/2016/03/Best_practice.pdf [30.07.2018].

Merlo, S., 2018. Raki rodil. Available at: http://www.europadonna-zdruzenje.si/rak/raki_rodil [30. 07. 2018].

Nygaard, I.E., Hamad, H.N., Shaw, J.M., 2013. Activity Restrictions after Gynecologic Surgery: Is There Evidence? *International Urogynecology Journal*. 2013 May; 24(5), pp. 719–724. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3774134/pdf/nihms492667.pdf> [04. 10. 2018].

Pitta, F., Probst, V., Garrod, R., 2015. Pulmonary rehabilitation in chronic respiratory disease. In: Pryor J.A. & Prasad, S.A. eds. *Physiotherapy for respiratory and cardiac problems: Adults and paediatrics (Physiotherapy Essentials)*. 5th ed. Churchill Livingstone, pp. 440–470.

Šćepanović, D., 2015. Vloga fizioterapije po operativnem zdravljenju sprememb materničnega vratu. In: Ivanuša, U., et al. eds. *6. izobraževalni dan programa Zora z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj. Brdo pri Kranju, 6.november 2015*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 107–110.

Tekač, I., Arko, D., Fokter, N., 2011. Uhajanje seča pri zdravljenju ginekoloških rakov. *Medicinski razgledi*, (50), pp. 289–295.

Yost, KJ, Cheville, A.L., Al-Hilli, M.M., Mariani, A., Barette, B.A. , McGree, M.E., et al., 2014. Lymphedema after surgery for endometrial cancer: prevalence, risk factors, and quality of life. *Obstetrics Gynecology*, (124), pp. 307–315.

Zachwieja, M.M. & Mutone, M.F., 2010. Women's Health in Physical therapy. In: Iron, J.M. & Iron, G.L. eds. *Physical therapy management before and after gynecological surgeries*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 185–205.