

Α.Ο.Ν.Α "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" - ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Επιμέλεια: Χ. Τιγγινάγκας

Αθήνα 2008

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

**ΧΟΡΗΓΙΑ ΤΟΥ:
ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ**

Α.Ο.Ν.Α. "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" - ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

8^η ΗΜΕΡΙΔΑ

**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Επιμέλεια:

Χ. Τιγγινάγκας

ΑΘΗΝΑ 2008



Τμήμα Εκδόσεων

Διοχάρους 20 - 161 21 Αθήνα - Τηλ. 210 7243 912
www.digitalcopy.gr

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου αποτελεί πρωταρχικό στόχο όλων των προηγμένων κοινωνιών. Ειδικότερον η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του καρκινοπαθούς είναι ένα από τα δικαιώματά του, που αναφέρονται στις διακηρύξεις της Χάγης του 1991 και των Παρισίων του 2000 και αφορούν την ιδιαίτερα μεταχείριση αυτού από της διαγνώσεως της νόσου του καρκίνου μέχρι και του τέλους της ακολουθούσης θεραπείας αυτής. Σχετικές με την προστασία αυτών των δικαιωμάτων του καρκινοπαθούς είναι οι ακόλουθες, εκ του ισχύοντος Συντάγματος της Ελλάδος, πηγάζουσες επιταγές και ειδικότερον: α) εκ των άρθρων 4 παρ. 4 και 21 παρ. 2 και 3, οι οποίες ορίζουν ότι οι Έλληνες είναι ίσοι έναντι του νόμου έχοντες τις ίδιες υποχρεώσεις και δικαιώματα και β) εκ του άρθρου 2 παρ. 3, το οποίο και θεσπίζει ρητώς την υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την υγεία των πολιτών.

Είναι, επομένως, φυσικό στον παραπάνω στόχο να δίδεται προτεραιότητα και από τα διάφορα, κατά καιρούς εφαρμοζόμενα συστήματα υγείας. Βεβαίως η επιτυχία αυτού του σκοπού είναι συνάρτησις πολλών παραγόντων και εξαρτάται κυρίως, από την επιθυμία για αλλαγές. Αλλαγές προς την κατεύθυνση ενός περισσότερο ανθρωπιστικού συστήματος και όχι συστήματος που θα εξυπηρετεί τις ανάγκες αυτών που έχουν ορισθεί να το υπηρετούν. Το τμήμα φυσικοθεραπείας της Νοσοκομειακής Μονάδος «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», -η υπέρ του οποίου φροντίς (υλική και ηθική) του ιδρυτού του κοινωφελούς Ιδρύματος με την επωνυμία «ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ» είναι διαρκής-, προσπαθεί, κατά την τελευταία δεκαετία να θέσει τις βάσεις της «Ογκολογικής Αποκαταστάσεως» και ήδη μέσω της 8^{ης} ετησίας ημερίδος «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ» επιχειρεί να την εισαγάγει στην Ελληνική πραγματικότητα τονίζοντας ότι οι ογκολογικοί ασθενείς δικαιούνται να απολαμβάνουν υγεία υψηλού επιπέδου όπως και οι υπόλοιποι Έλληνες με στόχο την λειτουργική τους ανεξαρτησία και την επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Αυτό βεβαίως δεν είναι πάντοτε εφικτό. Αξία σε αυτές τις περιπτώσεις έχει η αξιοπρέπεια με την οποία ο ασθενής αντιμετωπίζει την έως σήμερα άνιση μάχη με την νόσο του καρκίνου. Οι ασθενείς με την νόσο του καρκίνου έχουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών από την φύση της νόσου, όσο και από την θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθούν, και επηρεάζουν την φυσική αποκατάστασή τους περιορίζοντας την δυνατότητα της ανεξαρτησίας και πολλές φορές, της εξυπηρέτησής τους. Οι παραπάνω διαπιστώσεις οδηγούν στην ανάγκη μιας εξειδικευμένης προσπάθειας, η οποία να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο μακροχρόνιας ανικανότητας δίνοντας στους ασθενείς την δυνατότητα να διευρύνουν την λειτουργική τους ανεξαρτησία μετά από μία επιθετική θεραπευτική προσέγγιση.

Η φυσικοθεραπεία εξελίσσεται συνεχώς ώστε νέες τεχνικές να τίθενται σε εφαρμογή ακολουθώντας την εξελικτική πορεία της έρευνας και της τεχνολογίας. Έχει πλέον διαπιστωθεί τούτο : Όταν ο φυσικοθεραπευτής είναι εφοδιασμένος με τις κατάλληλες γνώσεις και έχει στην διάθεσή του τον κατάλληλο εξοπλισμό, αποτελεί πολύτιμο μέλος της ομάδος που καλείται να αποδειχθεί αποτελεσματική στη νοσηλεία του ασθενούς... Και, δεν πρέπει να λησμονείται ότι εγγύηση για την επιτυχία του έργου του φυσικοθεραπευτού αποτελεί η μεταξύ αυτού και του ασθενούς δημιουργία σχέσεως ψυχικής αλληλεγγύης. Απλούστατα διότι η ασθένεια δεν είναι μόνο ζήτημα αντικειμενικής θεραπείας, αλλά πρόβλημα πολυπλόκου ψυχολογικής σημασίας. Η σωστή εκτέλεσις του έργου του φυσικοθεραπευτού απαιτεί, -πέρα των μεθόδων θεραπείας, και μεθόδους αγωγής προς τον ογκολογικό ασθενή, ώστε και η σωματική του υγεία να βοηθείται αποτελεσματικά και η ικανότητά του να διατηρείται σε εγρήγορση.

Στη θεματολογία αυτή εντάσσεται η προσπάθεια της 8^{ης} Ετησίας Ημερίδας Φυσικοθεραπείας του «ΑΓΙΟΥ ΣΑΒΒΑ», και η συγκέντρωσις των εισηγήσεων και των συμπερασμάτων σε ένα τόμο θα αποτελέσει μία καλή βάση για ενημέρωση και προβληματισμό όλων όσων μετέχουν αυτής της θεοφιλούς προσπάθειας αντιμετώπισεως της νόσου του καρκίνου.

Η διεθνής βιβλιογραφία, -εξ όσων τουλάχιστον έχω πληροφορηθεί-, δεν μπορεί να θεωρηθεί πλουσία επί του αντικειμένου αυτού. Έτσι είναι επιτρεπτή η προσδοκία ότι οι απόψεις των επιλεγμένων ομιλητών της 8^{ης} Ετησίας Ημερίδος, που περιλαμβάνονται στον παρόντα τόμο, θα αποκτήσουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Είναι πρόδηλο ότι το μήνυμα που δίδεται με αυτή την πρωτοβουλία του τμήματος φυσικοθεραπείας του Αγίου Σάββα είναι μήνυμα αισιοδοξίας προς όλους εκείνους που πάσχουν, να αντιληφθούν ότι δεν είναι μόνοι στον δύσκολο αγώνα που δίνουν και ότι είναι δίπλα τους όλοι όσοι έχουν την από Θεού ευλογημένη αποστολή να ελαφρύνουν το βαρύ φορτίο αυτών που υποφέρουν.

Δράττομαι, τέλος, της ευκαιρίας να επαινέσω και συγχαρώ τον κ. Χαράλαμπο Τιγγινάγκα, -άξιο προϊστάμενο του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»-, ο οποίος με τον υψηλού επιπέδου καταρτισμό του ηγείται του συντελουμένου έργου εντός του Νοσοκομείου, όπως επίσης και όλους τους εκλεκτούς και εμπείρους συνεργάτες του στην θεάρεστο προσπάθεια της παροχής βοήθειας στον συνάνθρωπό μας, ευχόμενος ο Θεός να τους χαρίζει υγεία και να τους ευλογεί.

ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ Ι. ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

«ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ»

επ. ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ ΠΑΡ' ΑΡΕΙΩ ΠΑΓΩ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Πριν από δύο χρόνια περίπου μου ζητήθηκε να κάνω μια παρουσίαση σ' ένα ιατρικό συνέδριο με θέμα, την φυσικοθεραπευτική αποκατάσταση σε ογκολογικό ασθενή, μετά από χειρουργική αντιμετώπιση παθολογικού κατάγματος. Αναζητώντας βιβλιογραφία βρέθηκα μπροστά σε μια δυσάρεστη έκπληξη. Οι αναφορές ήταν ασαφείς και επιγραμματικές. Δεν υπήρχαν αναφορές στις ιδιαίτερες ανάγκες των ογκολογικών ασθενών, αλλά βασικές κατευθύνσεις και γενικότητες, που αφορούσαν κυρίως άλλες κατηγορίες ασθενών. Αποφάσισα να αναπτύξω το θέμα μέσα από τις προσωπικές μου εμπειρίες, αποτέλεσμα είκοσι ετών εργασίας στο Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας».

Μετά την παρουσίαση με περίμεναν άλλες δυο εκπλήξεις. Η πρώτη ήταν από Καθηγητή του Πανεπιστημίου της Αθήνας, ο οποίος μου ζήτησε να του στείλω την βιβλιογραφία, που χρησιμοποίησα για την ομιλία μου (την οποία χαρακτήρισε εξαιρετική), και η άλλη ήταν μια ερώτηση από παρευρισκόμενο ιατρό, με την οποία ζητούσε να του διευκρινίσω αν υπάρχουν διαφορές στην αντιμετώπιση της αποκατάστασης μεταξύ ογκολογικών ασθενών και ασθενών άλλων κατηγοριών.

Προφανώς ο όρος «Ογκολογική Αποκατάσταση», με την έννοια της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής των ασθενών, ανεξάρτητα από την τελική πρόγνωση της νόσου, είναι ένα θέμα που μας απασχολεί στη καθημερινότητα της εργασίας μας, αλλά ουσιαστικά δεν το έχουμε κωδικοποιήσει, αλλά ούτε το έχουμε αναλύσει, σε βαθμό που να μπορεί να επηρεάσει πραγματικά τη ζωή των ογκολογικών ασθενών.

Από τότε μου γεννήθηκε η ιδέα ότι ήταν υποχρέωση του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», του μεγαλύτερου Ογκολογικού Νοσοκομείου της χώρας, να πρωταγωνιστήσει στην προσπάθεια ο όρος «Ογκολογική Αποκατάσταση» να βρει πραγματικό νόημα στην Ελλάδα, ώστε να μπορέσει ουσιαστικά να επηρεάσει την ποιότητα της ζωής των ογκολογικών ασθενών.

Τα εμπόδια σε μια τέτοια προσπάθεια είναι πολλά και σύνθετα. Το βασικό όμως είναι η νοοτροπία που θα πρέπει να αλλάξει. Θα πρέπει να αποκτήσουμε όραμα και να το μοιραστούμε με τους κατάλληλους ανθρώπους, ώστε όλοι μαζί να φέρουμε το χαμόγελο στον ογκολογικό ασθενή και την ελπίδα για καλύτερο μέλλον.

Το πρώτο βήμα έγινε με την απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», αριθμ. Πρωτ. 2221/857.900/27 Φεβρουαρίου 2008, για επέκταση του χώρου που καλύπτει το τμήμα Φυσικοθεραπείας, ώστε να δημιουργηθεί η πρώτη βασική μονάδα «Ογκολογικής Αποκατάστασης».

Το δεύτερο βήμα αποτελεί η 8^η ΗΜΕΡΙΔΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, με θέμα την «Ογκολογική Αποκατάσταση». Για να γίνει πραγματικότητα αυτή η ημερίδα, συνεργάστηκε ένα σύνολο ευαισθητοποιημένων επιστημόνων, συνδυάζοντας την εμπειρία με τη γνώση.

Αυτή τη πολύτιμη γνώση θέλουμε να μοιραστούμε με όλους όσους ενδιαφέρονται για τον ογκολογικό ασθενή, μέσω αυτού του τόμου, που περιλαμβάνει όλες τις εισηγήσεις, αλλά και σημαντικά θέματα που αφορούν την Ογκολογική Αποκατάσταση. Μάλιστα για πρώτη φορά φέρνουμε προς συζήτηση, με τον πλέον επίσημο τρόπο, την συμμετοχή των εναλλακτικών θεραπειών, στην αποκατάσταση των ασθενών. Φιλοδοξούμε αυτός ο τόμος να αποτελέσει ένα εργαλείο γνώσης και προβληματισμού, προς όφελος των ασθενών και της προόδου.

Φυσικά δεν θα υπήρχε αυτή η προσπάθεια εάν δεν είχαμε την στήριξη, ηθική και υλική, του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου, ιδιαίτερα του Προέδρου κ. Ευστάθιου Φραγκούλη, και των μελών του Δ.Σ., τους οποίους ευχαριστούμε από την καρδιά μας.

Το Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, ενίσχυσε την προσπάθεια μας, τόσο βελτιώνοντας την υποδομή του τμήματος, με δωρεές για την αγορά των απαραίτητων μηχανημάτων, όσο και με χορήγηση υποτροφιών προς τους Φυσικοθεραπευτές που εργάζονται στο Νοσοκομείο, ώστε να αποκτήσουν την απαραίτητη γνώση και να είναι αποτελεσματικοί στο έργο τους. Επίσης τα τελευταία οκτώ χρόνια, είναι ο αποκλειστικός χορηγός της ετήσιας ημερίδας που οργανώνεται από το τμήμα, καθώς και της έκδοσης αυτού του πρώτου τόμου με τα πρακτικά.

Θέλοντας να μοιραστούμε μαζί σας το όραμα της «Ογκολογικής Αποκατάστασης» στην Ελλάδα, σας καλούμε να συμμετέχετε μαζί μας σ' αυτό το ταξίδι.

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ Γ. ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ, Φυσικοθεραπευτής
Προϊστάμενος Τμ. Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής 8^{ης} Ημερίδας «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»

8^η Ημερίδα "ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ" ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Επίσημος Προσκεκλημένος:

Nico Pauly, P.T.,

Εκπαιδευτής και αναμορφωτής της τεχνικής Manual Neurotherapy (MNT)

Επίτιμος Πρόεδρος:

Μουλόπουλος Κωνσταντίνος, Φυσικοθεραπευτής

Πρόεδρος οργανωτικής επιτροπής:

Τιγγινάγκας Χαράλαμπος, Φυσικοθεραπευτής

Μέλη: Μπακαλίδου Δάφνη, Καθηγήτρια Εφαρμογών Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας.
Βαντόλας Θεόδωρος, Φυσικοθεραπευτής
Βλάσση Βίκυ, Φυσιοθεραπεύτρια
Αθανασοπούλου Νικολέτα, Φυσικοθεραπεύτρια

Γραμματεία: Δημητρίου Χρυσάνθη, Νοσηλεύτρια
Αθανασοπούλου Νικολέτα, Φυσικοθεραπεύτρια

Αγαπητοί συνάδελφοι

Η Φυσικοθεραπεία έχει έναν ρόλο κλειδί να διαδραματίσει στο θεραπευτικό ταξίδι του ασθενή με καρκίνο, από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι το τελικό στάδιο της νόσου.

Ο σκοπός της Φυσικοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο είναι η ελαχιστοποίηση μερικών από τις επιπτώσεις της πάθησης ή της θεραπείας πάνω τους. Συχνά είναι πιθανόν να βελτιώσει τη ποιότητα της ζωής των ασθενών, ανεξάρτητα από τη πρόγνωση, βοηθώντας τους να επιτύχουν τη μέγιστη δυνατή λειτουργική ικανότητα και ανεξαρτησία, ή να κερδίσουν ανακούφιση από δυσάρεστα συμπτώματα. Η ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ αποτελεί ένα νέο πεδίο ενδιαφέροντος για όλους εμάς, που ασχολούμαστε με τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο, χρειάζεται όμως πολύ δουλειά να γίνει. Ας είναι αυτή η Ημερίδα η εκκίνηση για να αποκτήσει νόημα και περιεχόμενο η Ογκολογική Αποκατάσταση στην Ελλάδα! Θέλω για άλλη μια φορά να ευχαριστήσω το Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, και φυσικά τον Πρόεδρο κ. Ευστάθιο Φραγκούλη για την ηθική και υλική υποστήριξη που μας παρέχει και σ' αυτή τη προσπάθεια μας.

Χαράλαμπος Γ. Τιγγινάγκας

Φυσικοθεραπευτής Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής

ΑΝΟΙΓΜΑ ΗΜΕΡΙΔΑΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ (9.30 - 10.00)

- Χ. Τιγγινάγκας, Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής.
- Κ. Μουλόπουλος, Φυσικοθεραπευτής, Επίτιμος Πρόεδρος.
- Ι. Δημάρατος, Πρόεδρος Δ.Σ. Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας».
- Εκπρόσωπος Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών.
- Άνοιγμα της Ημερίδας από τον κ. Ευστάθιο Φραγκούλη, Πρόεδρο του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου.

A - ΕΝΟΤΗΤΑ (10.00 - 12.30)

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ : Χρ. Πανόπουλος, Ι. Κυριαζόγλου

- «Εισαγωγή στην Ογκολογική Αποκατάσταση», Χ. Τιγγινάγκας, Φυσικοθεραπευτής, Προϊστάμενος τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας».
- «Ογκολογική Ορθοπαιδική Κλινική - Ομάδες ασθενών - Στόχοι αποκατάστασης», Θ. Κορμάς Δντής Ορθοπαιδικής Κλινικής Νοσ. «Ο Άγιος Σάββας». John - Alexander Nixon, Ειδικευόμενος Ιατρός.
- «Ογκολογική Παθολογική Κλινική - Ομάδες ασθενών - Στόχοι αποκατάστασης», Γ. Ρηγάτος Δντής Α' Παθολογικής Κλινικής Νοσ. «Ο Άγιος Σάββας», Αθ. Καραγιάννης, Ειδικευόμενος Ιατρός.
- «Ογκολογική Νευροχειρουργική Κλινική - Ομάδες ασθενών - Στόχοι αποκατάστασης», Δ. Καζαντζής, Αναπληρωτής Δντής ΝΧ Κλινικής Νοσ. «Ο Άγιος Σάββας».
- «Αιματολογικοί Ογκολογικοί ασθενείς - Στόχοι αποκατάστασης», Μαρ. Σταματέλου, Δντής Αιματολογικής Κλινικής Νοσ. «Ο Άγιος Σάββας».
- «Κλινική Μαστού - Ποιες οι ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών, και ποιοι οι στόχοι της αποκατάστασης», Εμμ. Παναγόπουλος Δντής Κλινικής Μαστού Νοσ. «Ο Άγιος Σάββας».
- «Ο ρόλος της Ογκολογικής Αποκατάστασης σε ασθενείς τελικού σταδίου», Βασ. Μπαρμπούνης, Αναπληρωτής Δντής Β' Παθολογικής Κλινικής Νοσ. «Ο Άγιος Σάββας».

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ (12.30 - 12.55)

ΣΥΝΑΥΛΙΑ «FAMILY VOICES» (13.00 - 13.30)

B - ΕΝΟΤΗΤΑ (13.30-15.30)

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ : Χαράλαμπος Τιγγινάγκας

- «Ο ρόλος των Εναλλακτικών θεραπειών στην Ογκολογική Αποκατάσταση», Κυβέλλος Σπύρος, Ιατρός, Γενικός Γραμματέας Έρευνας Διεθνούς Ακαδημίας Κλασικής Ομοιοπαθητικής.
- «How can Manual Neurotherapy be helpful for patients in full cancer treatment», Nico Pauly, PT, Εκπαιδευτής και αναμορφωτής της μεθόδου. (Θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση).
- «Βασικές αρχές αποκατάστασης σε ογκολογικό νευρολογικό ασθενή». Δάφνη Μπακαλίδου, Φυσικοθεραπεύτρια M.SC Καθηγήτρια Εφαρμογών Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας.
- «Βασικές αρχές πρόληψης - αποκατάστασης Λεμφοιδήματος μετά από Μαστεκτομή», Β. Βλάσση, Φυσικοθεραπεύτρια Νοσ/μείου «Ο Άγιος Σάββας», Χαρ. Τιγγινάγκας Φυσικοθεραπευτής.
- «Μετεγχειρητική αποκατάσταση - Φυσικοθεραπεία Ορθοπαιδικών ογκολογικών ασθενών», Θ. Βαντόλας, Φυσικοθεραπευτής Νοσ/μείου «Ο Άγιος Σάββας», Χαρ. Τιγγινάγκας Φυσικοθεραπευτής.

ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΗΜΕΡΙΔΑΣ (15.30)

Χ. Τιγγινάγκας, Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής

ΔΕΞΙΩΣΗ

Ευγενική Προσφορά του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου

A' ENOTHTA

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χαράλαμπος Τιγγινάγκας, Φυσικοθεραπευτής
Προϊστάμενος Τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»

Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με καρκίνο, θα εμφανίσουν δευτεροπαθείς εστίες στα οστά τους, δηλαδή μεταστατική οστική νόσο. Επιπλέον χειρουργικές επεμβάσεις, ακτινοβολίες και άλλες μορφές θεραπείας του καρκίνου, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αφαίρεση ή την καταστροφή οστών και συνδετικού ιστού.

Η θεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου, είναι μερικές φορές επιθετική, επηρεάζοντας την φυσική κατάσταση των ασθενών, περιορίζοντας την δυνατότητα ανεξαρτησίας και κάποιες φορές αυτοεξυπηρέτησης των.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις οδήγησαν στην ανάγκη μιας εξειδικευμένης προσπάθειας, η οποία να μπορεί να προσφέρει σε αυτούς τους ασθενείς, που ζουν με τον καρκίνο, και το περιβάλλον τους, υποστήριξη, ποιότητα ζωής, αποκαθιστώντας ή βελτιώνοντας την μυϊκή τους δύναμη, επανακτώντας την κινητικότητα και την λειτουργική τους ανεξαρτησία. Αυτά πρέπει να συμπληρώνονται από την αλλαγή, αν κριθεί απαραίτητο, του επαγγελματικού προσανατολισμού, και φυσικά πρέπει να έχουν ως σκοπό την επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Η προσπάθεια αυτή μπορεί να έχει ένα όνομα: ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

Η αποκατάσταση είναι ζωτική σημασία για αυτούς τους ασθενείς, που θα επιβιώσουν από τη νόσο, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μιας μακροχρόνιας ανικανότητας, δίνοντας τους τη δυνατότητα να διευρύνουν την λειτουργική ανεξαρτησία, μετά από μια επιθετική θεραπευτική προσέγγιση.

Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται στο κέντρο μιας θεραπευτικής ομάδας, αποτελούμενης από τον θεράποντα ιατρό, τη νοσηλεύτρια, τον φυσικοθεραπευτή, τον εργασιοθεραπευτή, τον ψυχολόγο, τον φαρμακοποιό, τον διαιτολόγο, και τον κοινωνικό λειτουργό. Η ομαδική αυτή εργασία για να είναι επιτυχής απαιτεί τη συνεργασία σε κλίμα αμοιβαίου σεβασμού και εκτίμησης του έργου που προσφέρει η κάθε ειδικότητα, παράλληλα με τη κατανόηση του σκοπού και του τρόπου εργασίας της.



Η ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ αποτελεί ένα νέο πεδίο ενδιαφέροντος σε όλους εμάς, που ασχολούμαστε με τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο, και ως εκ τούτου χρειάζεται ακόμα πολύ δουλειά να γίνει.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Η Φυσικοθεραπεία έχει έναν ρόλο κλειδί να διαδραματίσει στο θεραπευτικό ταξίδι του ασθενή με καρκίνο, από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι το τελικό στάδιο της νόσου.

Ο σκοπός της Φυσικοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο είναι η ελαχιστοποίηση μερικών από τις επιπτώσεις της πάθησης ή της θεραπείας πάνω τους. Συχνά είναι πιθανόν να βελτιώσει τη ποιότητα της ζωής των ασθενών, ανεξάρτητα από τη πρόγνωση, βοηθώντας τους να επιτύχουν τη μέγιστη δυνατή λειτουργική ικανότητα και ανεξαρτησία, ή να κερδίσουν ανακούφιση από δυσάρεστα συμπτώματα (Association of Chartered Physiotherapist in Oncology and Palliative Care -1993-).

Σύμφωνα με τους Fulton & Else (1997) ο σκοπός της φυσικοθεραπείας είναι να βελτιστοποιεί το επίπεδο της φυσικής κατάστασης του ασθενή και να λαμβάνει υπόψη της την αλληλεπίδραση μεταξύ της φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής, και επαγγελματικής ανάγκης της λειτουργικότητας... Ο Φυσικοθεραπευτής αντιλαμβάνεται την υπάρχουσα παθολογική κατάσταση του ασθενή, αλλά δεν εστιάζει σε αυτή τη θεραπεία του. Επικεντρώνει τη προσοχή του στο δευτερογενές αποτέλεσμα της νόσου, που σχετίζεται με τη φυσική του κατάσταση και τη λειτουργικότητα.

Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών, περιλαμβανομένων αναπνευστικών προβλημάτων, νευρολογικών, του λεμφικού συστήματος, ορθοπεδικά, μυοσκελετικά και πόνο. Οι McDonnell & Shea (1993), υποστήριξαν ότι ο ρόλος του Φυσικοθεραπευτή στην Ογκολογική Αποκατάσταση περιλαμβάνει την βελτίωση της

λειτουργικότητας, την ελάττωση του πόνου, ελάττωση της ανικανότητας, βελτίωση της κινητικότητας, και τελικά την βελτίωση της ποιότητας της ζωής.

Ο Rashleigh (1996) ισχυρίζεται ότι ο Φυσικοθεραπευτής έχει έναν προληπτικό, εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό ρόλο να παίξει στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο, καθώς επίσης να παρέχει ανεξάρτητες και συμπληρωματικές θεραπείες, που αφορούν την φυσική αποδυνάμωση και τον πόνο.

Το Regional PAMs Forum on Cancer Services in Northern Ireland (1998) καθόριζε ότι η φυσικοθεραπευτική μεσολάβηση σε ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Θέσεις, κινήσεις, μηχανοθεραπείες, εναλλακτικές θεραπείες για ανακούφιση και έλεγχο του πόνου.
- Αναπνευστική φροντίδα: αντιμετώπιση δύσπνοιας, απομάκρυνση εκκρίσεων, ύγρανση και οξυγονοθεραπεία.
- Ειδικές τεχνικές νευρολογικής αποκατάστασης.
- Θεραπεία Λεμφοιδήματος
- Εκπαίδευση του ασθενή να προσαρμοσθεί στις νέες ανάγκες.
- Εκπαίδευση των ανθρώπων του περιβάλλοντος στον κατάλληλο χειρισμό των ασθενών.
- Κινησιοθεραπεία για βελτίωση της ελαστικότητας, της δύναμης, και λειτουργικότητας.
- Τεχνικές χαλάρωσης για ελάττωση του επιπέδου άγχους και στρες.

Αναφέρθηκε στην αρχή ότι ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης. Τότε που η ενημέρωση και η υποστήριξη του ασθενή είναι ζωτικής σημασίας. Το γεγονός ότι αντιμετωπίζουν μακροχρόνιες θεραπείες με χημειοθεραπεία, ακτινοβολίες, και ίσως μεγάλα χειρουργεία, καθώς επίσης τα αποτελέσματα της ακινητοποίησης λόγω του πόνου, σημαίνει απώλεια μυϊκής μάζας, μυϊκή ατροφία, δυσκαμψία αρθρώσεων, απώλεια της φυσικής κατάστασης, και κακουχία. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με την αναγκαία ενημέρωση σχετικά με τη θεραπευτική προσέγγιση, καθώς και με προληπτικό πρόγραμμα ασκήσεων για το αρχικό στάδιο.

Οι McDonnell & Shea (1993) ισχυρίζονται ότι οι ασθενείς με καρκίνο, αντιμετωπίζουν την φυσικοθεραπεία ως ένα ελπιδοφόρο γεγονός, που θα τους οδηγήσει σε καλύτερη φυσική κατάσταση, με καλύτερη αίσθηση ευεξίας, ενώ τους προσφέρει την δυνατότητα να επιτύχουν καλύτερο επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης. Ο καθορισμός ρεαλιστικών στόχων,



ενισχύει την αυτοπεποίθηση τους σε στιγμές απελπισίας και μειωμένης ανεξαρτησίας.

Οι Kuchler & Wood-Dauphinee (1991), προτείνουν στους Φυσικοθεραπευτές να σκέπτονται πέρα από την φυσική αποκατάσταση του ασθενή και να ενσωματώσουν στοιχεία ψυχολογικής υποστήριξης, ώστε να μειώσουν τα προβλήματα και να διευκολύνουν την αποκατάσταση. Αυτός ο ισχυρισμός ενισχύεται από μια πολύ καλή μελέτη των Mackey & Sparking (2000), οι οποίοι φέρνουν στην προσοχή των φυσικοθεραπευτών, τις ατομικές μη σωματικές παραμέτρους της φροντίδας των ασθενών. Οι ερευνητές αυτοί προτείνουν, ότι είναι αναγκαίο οι φυσικοθεραπευτές να μπορούν να αναγνωρίσουν τις ψυχο-κοινωνικές ανάγκες των ασθενών, και να παρέχουν την αναγκαία ψυχολογική στήριξη, ενώ έχουν την υποχρέωση να αναπτύξουν αυτή τη ικανότητα, σε μια προσπάθεια να μεγιστοποιήσουν τα πλεονεκτήματα της αποκατάστασης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο (NHS Cancer Plan [DoH 2000]), έχουν ορίσει ότι το προσωπικό που εργάζεται με ογκολογικούς ασθενείς, θα λαμβάνει επιπλέον εκπαίδευση που θα αφορά την ικανότητα επικοινωνίας και παροχής ψυχολογικής στήριξης.

ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα πλεονεκτήματα της κινησιοθεραπείας είναι:

- Να προτρέψει το σώμα να παράγει περισσότερα ερυθρά αιμοσφαίρια, ενισχύοντας την ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου από το αίμα.
- Βελτίωση καρδιαγγειακού συστήματος.
- Βελτίωση του μυϊκού τόνου, και μυϊκή ενδυνάμωση.
- Βελτίωση της αντοχής.
- Μείωση της ναυτίας και του εμετού, που σχετίζεται με τη χημειοθεραπεία.
- Να αυξήσει την όρεξη.
- Να ενθαρρύνει τον βαθύτερο και αναζωογονητικό ύπνο.
- Μείωση του πόνου – η άσκηση ενεργοποιεί την απελευθέρωση ενδορφινών.
- Βελτίωση της διάθεσης.
- Μείωση φαρμακευτικής αγωγής σχετική με τον πόνο και της αντιμετώπισης της κατάθλιψης.

Μερικές μελέτες επίσης έδειξαν ότι η άσκηση μπορεί:

- Να ενθαρρύνει το σώμα να παράγει περισσότερα λευκά αιμοσφαίρια.
- Να βελτιώσει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.
- Σε μερικές περιπτώσεις να μειώσει τον χρόνο νοσηλείας.
- Σε μερικές περιπτώσεις να αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης.

Η κινησιοθεραπεία μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση των ασθενών, βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής των. Το κατάλληλο πρόγραμμα κινησιοθεραπείας - αποκατάστασης επιλέγεται από τον Φυσικοθεραπευτή, λαμβάνοντας υπόψη:

1. **ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ:** Ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό για την διάγνωση, τις δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης, προοπτική, αλλά και οριοθέτηση στόχων.
2. **ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ:** Η κλινική αξιολόγηση από τον Φυσικοθεραπευτή περιλαμβάνει την επισκόπηση, την ψηλάφηση, έλεγχο εύρους κίνησης των αρθρώσεων (όπου αυτό είναι δυνατόν), έλεγχος μυϊκής ισχύος, εκτίμηση του πόνου και της ανάγκης εξάρτησης από το περιβάλλον του.
3. **ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΧΩΝ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ:** Από τα προηγούμενα βήματα θα έχουμε αποκτήσει σαφή εικόνα για την κατάσταση του ασθενή. Αυτή θα μας οδηγήσει στον καθορισμό των άμεσων αλλά των μακροπρόθεσμων στόχων. Αυτά τα συμπεράσματα πρέπει αρχικά να τα συζητήσουμε με την θεραπευτική ομάδα, ώστε να υπάρχει ταύτιση απόψεων και εν συνεχεία να αναλυθούν στον ίδιο τον ασθενή, αφού θεωρείται δεδομένη ανάγκη η δική του συμμετοχή, αλλά και στο περιβάλλον του εφόσον έχει την δυνατότητα να τον επηρεάσει θετικά.



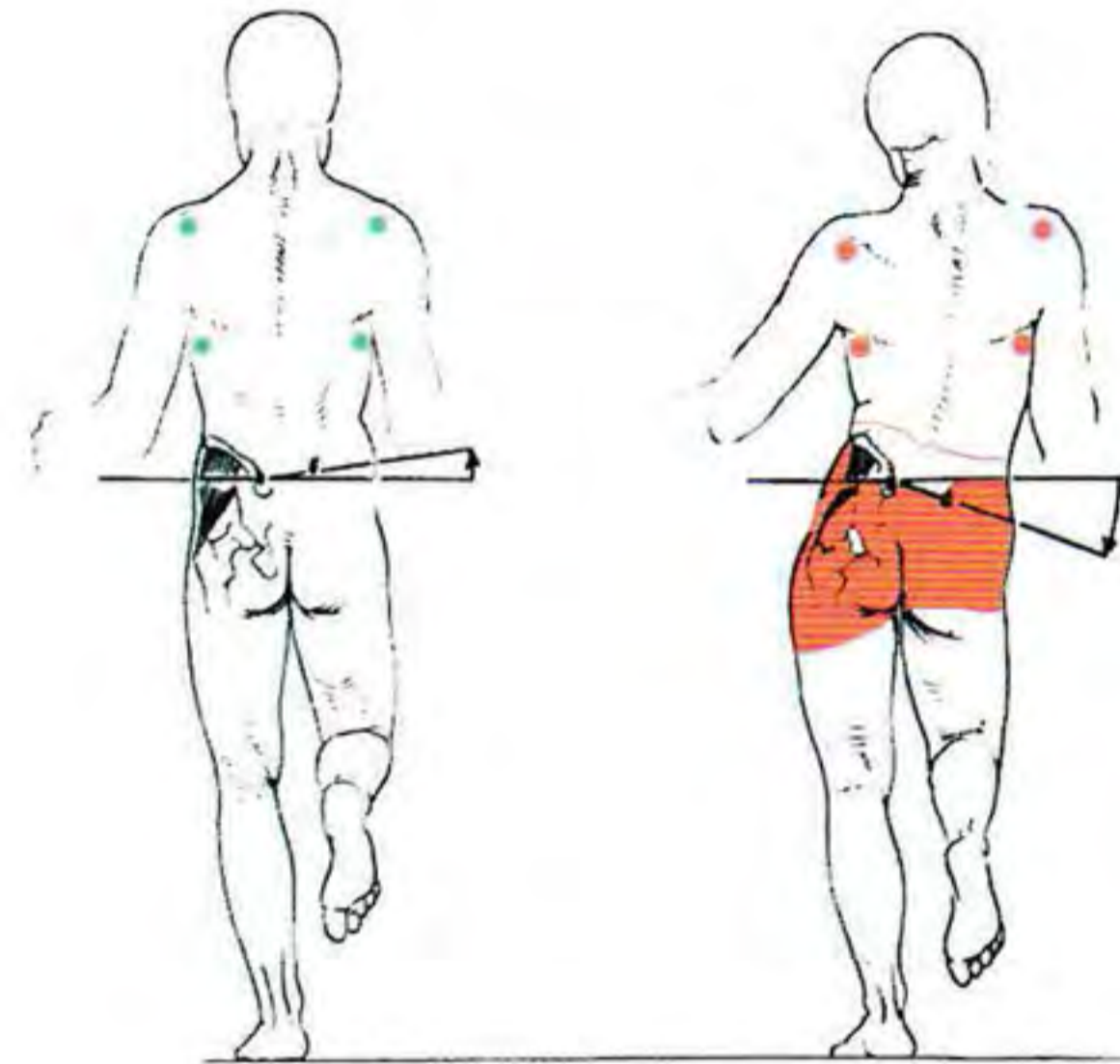
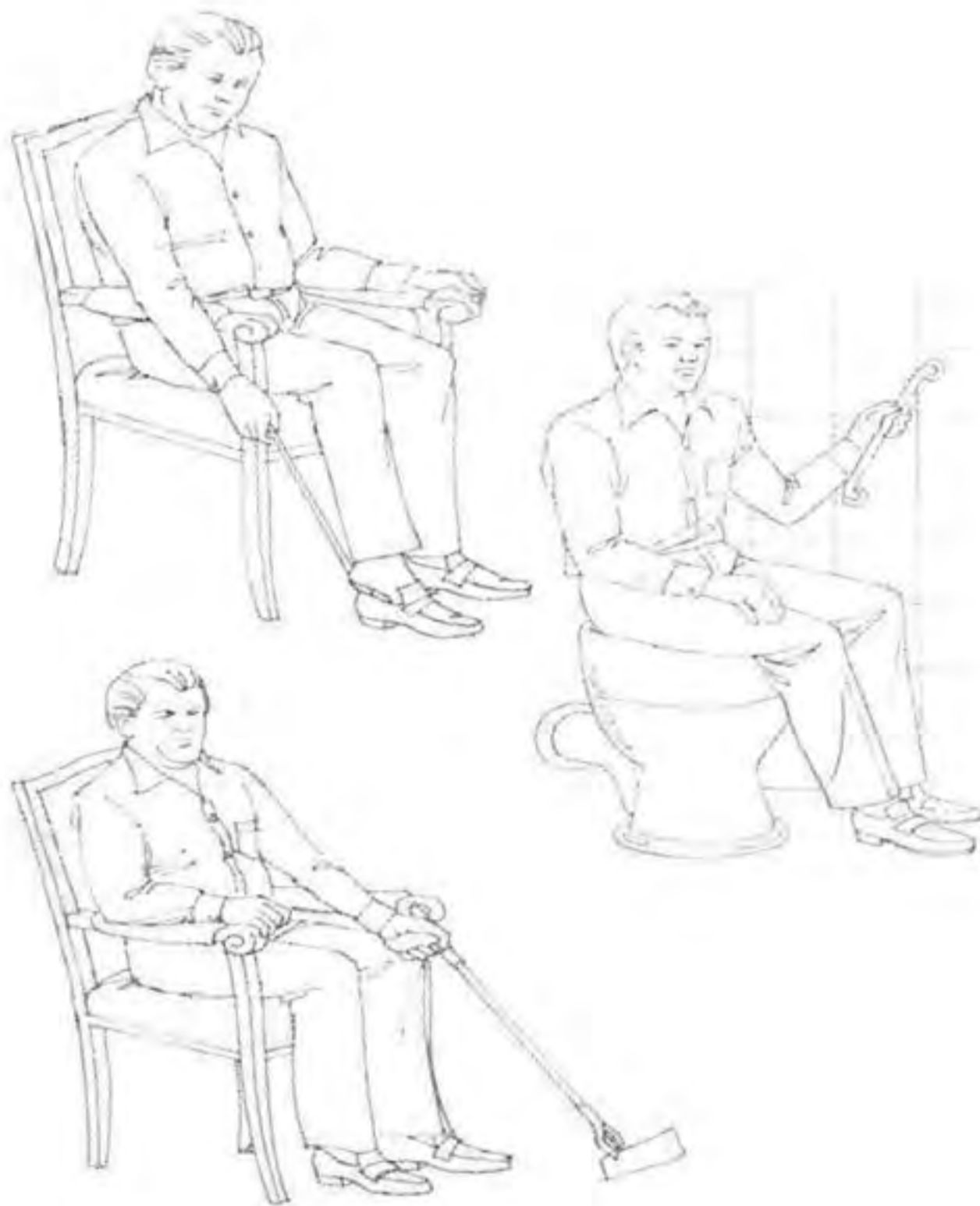
Στη μετεγχειρητική φάση η προσέγγιση που κάνουμε αποσκοπεί:

1. Έλεγχο ρυθμού και τύπου αναπνοής.
2. Διατήρηση ή βελτίωση κινητικότητας των αρθρώσεων: Επιτυγχάνεται με παθητικές ή ενεργητικές ασκήσεις, αλλά και με την χρήση ειδικών θεραπευτικών μέσων όπως είναι το CPM (Φωτογραφία) του άνω ή κάτω άκρου.
3. Διατήρηση ή Βελτίωση της μυϊκής ισχύος: Επιτυγχάνεται με πρόγραμμα ασκήσεων ισχυροποίησης. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε φαραδικό ρεύμα ή Biofeedback.



4. Προοδευτική έγερση: Ο χρόνος και ο τρόπος εξαρτάται από τον τύπο της επέμβασης. Απαιτείται συνεννόηση και έγκριση από τον θεράποντα ιατρό. Πολλές φορές είναι χρήσιμη η έγερση με την βοήθεια του Tilt table ή Eva Walker.
5. Λειτουργικότητα–επανάταξη: Στόχος στο τελικό στάδιο της αποκατάστασης είναι ο ασθενής να αποκτήσει λειτουργικότητα και αυτονομία από το περιβάλλον του. Χρησιμοποιούμε ασκήσεις βάρδισης, ισορροπίας, κ.α.. Σε αυτή την φάση μπορεί να χρειασθεί βοηθητικά μέσα, όπως βακτηρίες ή περπατούρα.

6. Οδηγίες στον ασθενή. Αφορούν την χρήση βοηθητικών μέσων, πρόγραμμα ασκήσεων για το σπίτι, τον έλεγχο του βάρους, συμβουλές για τις καθημερινές δραστηριότητες – ύπνος, μπάνιο, ντύσιμο, κάθισμα, οδήγηση κ.α.-.



Ο καθορισμός του πλάνου της θεραπείας πρέπει να είναι εξατομικευμένος, ώστε να συναντά τις μοναδικές και συγκεκριμένες ανάγκες του κάθε ασθενή.



Ο Φυσικοθεραπευτής έχει τον ρόλο του σε αυτήν την διαδικασία και πρέπει να τον διεκδικήσει μέσα από την συμμετοχή και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ – ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΣΤΟΧΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

**John-Alexander Nixon,
Νεκτάριος Κουτσελίνης,
Θεόδωρος Καρίνος,
Γεώργιος Βατικιώτης**

*Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου "Ο Άγιος Σάββας", Αθήνα
Διευθυντής: Δρ Θεόδωρος Π. Κορμάς*

Στο πεδίο της Ορθοπαιδικής, η Φυσικοθεραπεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες αποκατάστασης του ασθενούς, μετά την θεραπευτική παρέμβαση του Ιατρού. Ειδικότερα στην Ορθοπαιδική Ογκολογία, στόχος κάθε χειρουργικής επέμβασης είναι η διαφύλαξη της ζωής, η αφαίρεση της νεοπλασματικής νόσου, και η σύγχρονη διάσωση του μέλους αλλά και της λειτουργικότητας.

Η πρόκληση η οποία παρουσιάζεται είναι μεγάλη. Οι μεγάλες επεμβάσεις αντικατάστασης των προσβληθέντων από νεοπλασματική νόσο μελών, με ειδικά κατασκευασμένες ογκολογικές μεγαπροθέσεις και τα μεγάλα ελλείμματα κινητικότητας, λειτουργικότητας είναι μέρος αυτής της προκλήσεως.

Η προσέγγιση ενός χειρουργηθέντος ασθενούς είναι πολυεπίπεδη, διότι η γενική του υγεία, σωματική κατάσταση και η λειτουργικότητα βρίσκονται σε μια πολύ λεπτή ισορροπία.

Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι:

- Νοσηλεία σε Ειδικό κέντρο, με εξειδικευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό, φυσικοθεραπευτικό προσωπικό.
- Πλήρης ενημέρωση του ασθενούς για την κατάστασή του και την προτεινόμενη θεραπεία και συμμετοχή του στη λήψη των αποφάσεων.
- Πλήρης και λεπτομερής καταγραφή του τύπου της επέμβασης, καθώς και των υλικών ή προθέσεων που εμφυτεύθηκαν και ενημέρωση του φυσικοθεραπευτή για τυχόν επιπλοκές. Ειδικότερα γίνεται λεπτομερειακή ενημέρωση για την αφαίρεση μυϊκών μαζών και νεύρων και τον τρόπο αποκατάστασης με κινητοποίηση ή/και μεταφορά μυών ή τενόντων
- Καθορισμός των στόχων του προγράμματος αποκατάστασης.
- Συνεργασία χειρουργού-φυσικοθεραπευτή και άμεση επικοινωνία για τον καθορισμό της θεραπείας και την στενή παρακολούθηση της πορείας της αποθεραπείας.

Στην Ορθοπαιδική Ογκολογία οι εγχειρήσεις μπορούν να χωριστούν αδρά, σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με το είδος και την εντόπιση του ιστού που προσβάλλεται.

- Χειρουργικές εκτομές όγκων μαλακών μορίων.
- Εγχειρήσεις αφαίρεσης και αποκατάστασης οστικών εξεργασιών, χειρουργικές επεμβάσεις διασώσεως μέλους.
- Χειρουργικός ακρωτηριασμός του άκρου (Εξαιρετικά σπάνια θεραπευτική επιλογή σήμερα).

Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης, καθορίζεται με γνώμονα τα ακόλουθα κριτήρια (με φθίνουσα σειρά).

- Τη διάσωση της **ζωής** του ασθενούς.
- Την διατήρηση του σκέλους.
- Τη λειτουργικότητα και την ικανότητα του ασθενούς να επιτελεί δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
- Την ισοσκελία.
- Το αισθητικό αποτέλεσμα.

Εξετάζουμε την πορεία του ασθενούς, από την εισαγωγή του, μέχρι την αποκατάσταση και την έξοδό του.

Αναλυτικότερα :

Ο ασθενής προσέρχεται στο Νοσοκομείο με κάποια ύποπτη και εμμένουσα συμπτωματολογία (άλγος, οίδημα, ερυθρότητα, πυρετό, δυσλειτουργία ή παραμόρφωση του πάσχοντος άκρου, παθολογικό κάταγμα). Άμεσα οργανώνεται η πλήρης διερεύνηση η οποία περιλαμβάνει:

- Την τυποποίηση της νόσου - διάγνωση.
- Ιστολογική σταδιοποίηση (σημαντικό στάδιο της οποίας είναι η λήψη υλικού από την περιοχή για κυτταρολογικό και βιοπτικό έλεγχο).
- Ογκολογική σταδιοποίηση.
- Χειρουργική σταδιοποίηση.
- Γνωριμία του ασθενούς με το σύνολο της θεραπευτικής ομάδας, που περιλαμβάνει τους χειρουργούς και τον φυσικοθεραπευτή. (Γίνεται αναλυτική επεξήγηση του σχεδίου αντιμετώπισης της νόσου και το μετέπειτα πρόγραμμα αποκατάστασης). Πρέπει να επιλύονται τα όποια προβλήματα ανακύπτουν, ενώ ταυτόχρονα να διατυπώνονται απορίες στις οποίες η θεραπευτική ομάδα οφείλει να ανταποκρίνεται με πλήρη σαφήνεια και ειλικρίνεια.

Μετά την αρχική διάγνωση και σταδιοποίηση της νεοπλασματικής νόσου, καθορίζεται το είδος και το εύρος της θεραπευτικής παρέμβασης, δηλαδή τα χειρουργικά όρια της εκτομής, ως προϊόν μελέτης του απεικονιστικού ελέγχου και όλων των στοιχείων που έχουν συλλεγεί.

Τα είδη χειρουργικής εξαίρεσης της νεοπλασίας, στην Ορθοπαιδική Ογκολογία, διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες που καθορίζονται πρωτίστως, από τη σχέση των ορίων της εκτομής με την ψευδοκάψα του όγκου και τους ανατομικούς σχηματισμούς:

- **Πλήρης εκτομή (Resection with cure)**
Γίνεται αφαίρεση του όγκου μαζί με ένα ευρύ περίβλημα από φυσιολογικούς ιστούς (είναι κατάλληλη για ενδοδιαμερισματικούς όγκους). Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται ίαση.
- **Ατελής εκτομή και συνοδός επικουρική θεραπεία (Resection with cure and adjuvant therapy):**
Αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του όγκου, αλλά μένει μικροσκοπική νόσος και απαιτείται επικουρική θεραπεία – χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία για να επιτευχθεί ίαση.
- **Κυτταρομείωση (Debulking)**
Αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του όγκου, αλλά παραμένουν τμήματα αυτού (μένει μακροσκοπική νόσος) με αγγεία και νεύρα που διέρχονται από αυτόν. Εφαρμόζεται, σε τεράστιους και παραμελημένους όγκους που δεν ανταποκρίνονται σε θεραπεία και βοηθά στην ανακούφιση από τα τοπικά συμπτώματα αλλά δεν επιτυγχάνεται ίαση.

Σε όλες τις περιπτώσεις αφαιρούνται μύες, συνδεσμικά στοιχεία, τένοντες και οστά, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την κινητικότητα του προσβληθέντος άκρου. Τα ελλείμματα που προκύπτουν αντιμετωπίζονται διεγχειρητικώς με μεταθέσεις αγγείων, νεύρων καθώς και την τοποθέτηση μεγάλων ειδικών ενδοπροθέσεων. Τα υπολείμματα των μυών και οι εναπομείναντες ιστοί απαιτείται να τοποθετηθούν σε νέες θέσεις για την προαγωγή της επούλωσης, της γρήγορης σύγκλισης και με κατάλληλη εκπαίδευση να εξασφαλιστεί η λειτουργικότητα του άκρου.

Ειδικότερα τέτοιες επεμβάσεις πραγματοποιούνται σε:

1. Άνω και κάτω άκρο του βραχιονίου.
2. Άνω και κάτω άκρο Μηριαίου και ολική αντικατάσταση αυτού.
3. Άνω και κάτω άκρο κνήμης.
4. Πύελο.
5. Σπονδυλική Στήλη.
6. Ωμοπλάτη – Ολική και υφολική αντικατάσταση.
7. Αντικατάσταση διάφυσης μακρών οστών με εμφόλιμο ενδοπρόθεση.
8. Αντικατάσταση διάφυσης μακρών οστών διατήρηση των αρθρώσεων.
9. Σε μερικές περιπτώσεις αντί της ογκολογικής μεγαπροθέσεως, μπορεί να χρησιμοποιηθούν οστικά αλλομοσχεύματα.

Μετεγχειρητικώς, το πρόγραμμα αποκατάστασης που θα εφαρμοσθεί, καθορίζεται από το είδος της επέμβασης και είναι προϊόν της πλήρους συνεργασίας Φυσικοθεραπευτή και Ορθοπεδικού.

Οι γενικές αρχές αποκατάστασης είναι:

- Σε χειρουργικές επεμβάσεις αρθρικών επιφανειών, να διαφυλάσσεται ικανοποιητική μετεγχειρητική κινητικότητα και λειτουργικότητα.
- Ανεξάρτητη και ασφαλής κινητοποίηση του αρρώστου, με τη χρήση βοηθημάτων όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.
- Εξατομικευμένο και κατανοητό πρόγραμμα εξάσκησης στο σπίτι.

Σήμερα, ο στόχος είναι η θεραπευτική παρέμβαση να οδηγεί σε ποσοστά ιάσεως 100%. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε φαρμακευτική αγωγή να μην ταλαιπωρούνται από αυτή. Το εύρος της χειρουργικής εκτομής και τα υλικά που εφαρμόζονται και το άρτιο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας να του επιτρέψουν την πλήρη επαναφορά του στην καθημερινότητα, χωρίς περιορισμούς.

Βιβλιογραφία

- American Physical Therapy Association. "Discovering Physical Therapy. What is Physical Therapy". American Physical Therapy Association. Retrieved on 2008-05-29.
- Turner, P.. "Evidence based practice and physiotherapy in the 1990's". *Physiotherapy Theory and Practice* **17**.
- Schreiber, J; Stern P (October 2005). "A review of the literature on evidence-based practice in physical therapy". *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* **3** (4). Retrieved on 2007-12-01.
- F. W. Marsden. Management/ Surgery. Musculoskeletal Tumors. In : Fitzgerald R H,Kaufer H, Malkani A L. (eds) Orthopaedics. Mosby, 2002, p 1042.
- R. Capanna, D A Campanacci. Management and Surgery. Musculoskeletal Tumors. In : Fitzgerald R H,Kaufer H, Malkani A L. (eds) Orthopaedics. Mosby, 2002, p 1071.
- Solomon L, Warwick D J, Nayagam S. Tumour Excision . In : Apley's System of Orthopaedics and Fractures. Arnold, London, 2001 p 171.
- Cohen B S, Romeo A A, Bach B. Shoulder Injuries. In : Brozman B,Wilk K. (eds) Handbook of Orthopaedic Rehabilitation. Mosby,2007, p 173.
- Cameron H, Brozman B. The Arthritic Lower Extremity. In : Brozman B,Wilk K. (eds) Handbook of Orthopaedic Rehabilitation. Mosby,2007, p 647.
- Henshaw R, Malawer M. Review of Endoprosthetic Reconstruction in Limb-sparing Surgery. In : Malawer M. Musculoskeletal Cancer Surgery. Mosby, 2001, p 381
- Oren R, Zagury A, Katzir O, Kollender Y, Meller I. Principles and Rehabilitation after Limb-sparing Surgery for Cancer. . In : : Malawer M. Musculoskeletal Cancer Surgery. Mosby, 2001, p 581.

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ – ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΣΤΟΧΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Αθ. Καραγιάννης, Ειδικευόμενος Ιατρός
Γ. Ρηγάτος, Δντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Νοσ. «Ο Άγιος Σάββας»

Ομάδες ασθενών – Στόχοι αποκατάστασης

Πρόσφατα δημογραφικά στοιχεία δείχνουν ότι ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 60% του συνόλου των 1,2 εκατομμυρίων νέων περιστατικών κακοηθών νεοπλασμάτων ανά έτος, επιβιώνουν για χρονικό διάστημα περισσότερο από 5 έτη¹⁻². Επομένως θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε τον καρκίνο μια χρόνια πάθηση, η οποία σε μεγάλο ποσοστό μπορεί να συνδυάζεται με άλλοτε άλλο βαθμού έκπτωση της φυσιολογικής, σωματικής ή πνευματικής λειτουργίας.

Η ιατρική της αποκατάστασης έχει οπλιστεί τα τελευταία χρόνια με πολλές τεχνικές και πρακτικές καινοτομίες, καθώς και με εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Το μεγαλύτερο όμως πλεονέκτημα των τελευταίων ετών είναι η αλλαγή της αντίληψης και η κατανόηση της αναγκαιότητας της πρακτικής της αποκατάστασης, τόσο από το άμεσα ενδιαφερόμενο προσωπικό (φυσιάτρους, φυσικοθεραπευτές, νοσηλευτές αποκατάστασης) όσο και από το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό (παθολόγους, ογκολόγους, χειρουργούς, ακτινοθεραπευτές) που ασχολείται με τον ασθενή κατά την οξεία φάση της νόσου. Πράγματι, τα τελευταία χρόνια, στην κυρίως ιατρική προσέγγιση του συγκεκριμένου ασθενούς έχει προστεθεί μια ουσιαστική συνιστώσα, αυτή της ψυχολογικής, λειτουργικής και κοινωνικο-πολιτισμικής υποστήριξης. Επιπλέον έχει πια αναγνωριστεί η ανάγκη ύπαρξης εξειδικευμένων κέντρων π.χ για αντιμετώπιση νευρολογικών ελλειμμάτων.

Αναμφίβολα η Ιατρική της Αποκατάστασης υποχρησιμοποιείται και οι λόγοι είναι:

- αποτυχία του προσωπικού που αναλαμβάνει τον ασθενή κατά την οξεία φάση της νόσου και της θεραπείας, να εντοπίσει λειτουργικές ανεπάρκειες,
- έλλειψη κατάλληλων σημείων αναφοράς,
- πλημμελής ενημέρωση των ασθενών και του συγγενικού τους περιβάλλοντος.

Οι κύριες καταστάσεις στις οποίες θα χρειαστεί η παρέμβαση της Ιατρικής της Αποκατάστασης είναι οι εξής³:

- παρατεταμένη κατάκλιση και ακινησία,
- βελτίωση κινητικότητας των άκρων,
- μυοπάθειες, είτε ως απευθείας διήθηση των μυών από τη νόσο, είτε ως παρανεοπλασματικό σύνδρομο, είτε ως αποτέλεσμα της χρήσης στεροειδών είτε ως καρκινωματώδης νευρομυοπάθεια,
- σε οστική διήθηση από τη νόσο, με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση των παθολογικών καταγμάτων και των συνδρόμων βλάβης του νωτιαίου μυελού,
- νευροπάθειες και πλεξοπάθειες,
- λεμφοίδημα,
- εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση,
- ορθοκυστικές δυσλειτουργίες.

Άλλα εξίσου σημαντικά πεδία που χρειάζονται την παρέμβαση της ομάδας αποκατάστασης είναι:

- ανεξαρτησία / αυτοεξυπηρέτηση,
- εικόνα του σώματος,
- λόγος,
- σεξουαλικότητα,
- αξιοπρέπεια,
- οικογένεια,
- χρήση τεχνητών υποκατάστατων μελών του σώματος,
- οικονομική και επαγγελματική στήριξη.

Η διαχείριση του καρκινοπαθούς ασθενούς είναι σύνθετη και περίπλοκη, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έχει ήδη μπει στη έβδομη δεκαετία ζωής, το οποίο συνεπάγεται την συνύπαρξη και άλλων χρόνιων παθήσεων αλλά και τη χρήση πολλαπλών φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Είναι επομένως ευκόλως αντιληπτό ότι η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς ασθενούς απαιτεί μια διεπιστημονική ομάδα προσέγγισης, λόγω της πολυπλοκότητας των πιθανών προβλημάτων, με τα οποία ο ασθενής μπορεί να έρθει αντιμέτωπος κατά τη διάρκεια της νόσου. Η διαθεσιμότητα συνεπώς επαγγελματιών από περισσότερες επιστημονικές ομάδες είναι ουσιαστική, προκειμένου να προσφερθεί ικανοποιητική και ολοκληρωμένη φροντίδα.

Όσον αφορά την επίδραση που μπορεί να έχει η χημειοθεραπεία στη λειτουργικότητα, μπορούμε να παραθέσουμε τα εξής:

Πολλοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες προκαλούν αναιμία, κόπωση και άλλες συστηματικές επιπλοκές που μπορούν να οδηγήσουν σε φυσική-σωματική αποδιοργάνωση. Αυτά τα συμπτώματα μπορούν να συνυπάρχουν με άλλα κοινά όπως ανορεξία, ναυτία, έμετοι. Ειδικά θρεπτικά/ διατροφικά προβλήματα περιλαμβάνουν έλλειψη βιταμίνης Β1 από τους παρατεταμένους εμέτους και βλεννογονίτιδα από ανεπάρκεια φυλλικού οξέος (κοινό με την μεθοτρεξάτη). Αντιμεταβολίτες όπως 5FU και 6-μερκαπτοπουρίνη οδηγούν σε ανεπάρκεια θειαμίνης. Άλλες κοινές ανεπάρκειες είναι της βιταμίνης Β12 και Κ. Οιδήματα μπορούν να εμφανιστούν λόγω υποπρωτεϊναιμίας. Η εξαγγείωση χημειοθεραπευτικών, ειδικά ανθρακυκλινών, οδηγεί σε σοβαρή βλάβη έως νέκρωση μαλακών μορίων. Περιφερική πολυνευροπάθεια μπορεί να παρουσιαστεί ως αποτέλεσμα χρήσης βινκριστίνης ή πακλιταξέλης. Οι ενδορραχιαίες εγχύσεις μπορούν να οδηγήσουν σε ανωμαλίες του ΚΝΣ, ειδικά με μεθοτρεξάτη και κυρίως με τη χρήση υψηλών δόσεων. Υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών μπορούν να οδηγήσουν σε μυοπάθεια και επομένως σε έντονη αδυναμία. Παρενέργειες του αναπαραγωγικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης της πρόωρης εμμηνόπαυσης στις γυναίκες και της σπερματογένεσης στους άνδρες. Η χρήση ορμονοθεραπείας στο καρκίνο του προστάτη οδηγεί σε ελάττωση της τεστοστερόνης του ορού και κατά συνέπεια της σεξουαλικής λειτουργίας.

Τα “καρκινικά σύνδρομα”, είτε σαν απευθείας συνέπεια της νόσου είτε σαν συνέπεια της τοξικής θεραπευτικής παρέμβασης του ιατρικού προσωπικού μπορούν να οδηγήσουν σε αδράνεια, απραξία ή καλύτερα παρατεταμένη κατάκλιση. Το αίσθημα της κόπωσης και, σε προχωρημένη νόσο, η εξασθένηση, η καχεξία και η ανορεξία οδηγούν σε οργανικές βλάβες.

Αυτή λοιπόν η αδράνεια συνεισφέρει στη νοσηρότητα και τη θνητότητα προδιαθέτοντας τα διάφορα οργανικά συστήματα σε περαιτέρω παθοφυσιολογικούς κινδύνους.

Μυοσκελετικό¹³: Έχει παρατηρηθεί, ακόμα και σε απολύτως υγιείς ανθρώπους, ότι σε πλήρη αδράνεια/κατάκλιση, η μυϊκή δύναμη ελαττώνεται με ένα ρυθμό 1% περίπου την ημέρα. Παρουσιάζεται περισσότερο σαν κεντρομελική αδυναμία, κυρίως των κάτω άκρων, όταν ο ασθενής περπατά στέκεται ή κάθεται. Μαζί με την απώλεια δύναμης ο μύς φαίνεται να βραχύνεται, γεγονός που οδηγεί, λόγω μυϊκής σύσπασης σε παραμόρφωση των αρθρώσεων. Δύο με τρεις ημέρες κατάκλισης φτάνουν για να προκαλέσουν αύξηση του ασβεστίου των ούρων και αργότερα σε υπερασβεστιαμία, οδηγώντας σε οστεοπόρωση, η οποία πολύ πιθανό να προστίθεται σε ήδη υπάρχουσες οστικές μεταστάσεις ή σε ένα ήδη υπάρχον σύνδρομο παρανεοπλαστικής έκκρισης παραθορμόνης.

Αναπνευστικό: Σε θέση κατάκλισης το διάφραγμα μετακινείται προς τα πάνω, λόγω της πίεσης που ασκείται από τα ενδοκοιλιακά όργανα μειώνοντας τον ενδοθωρακικό όγκο. Οι μύες του κοιλιακού τοιχώματος υπερσχύουν των μυών του θωρακικού κλωβού προκαλώντας μία μικρού εύρους αναπνοή αυξημένης συχνότητας. Όπως και για τα άκρα, επέρχεται αδυναμία των μεσοπλευρίων μυών και του διαφράγματος. Επιπλέον, η μειωμένη κίνηση του θωρακικού κλωβού επιφέρει ακαμψία των πλευροσπονδυλικών και πλευροχονδρικών αρθρώσεων. Το αποτέλεσμα είναι η ελάττωση της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας με πιθανή ατελεκτασία αλλά και δυσκολία στο βήχα με ατελή απέκκριση των βρογχικών εκκρίσεων, με επακόλουθη ελάττωση της οξυγόνωσης και συχνές πνευμονίες.

Ουροποιητικό: Η κατάκλιση αναστέλλει την αποτελεσματική κένωση της ουροδόχου κύστεως. Αυτή η στάση μαζί με την προαναφερθείσα υπερασβεστιαμία προδιαθέτει σε νεφρολιθίαση. Με τη σειρά της η νεφρολιθίαση και η χρήση ουροκαθετήρων προδιαθέτει σε ουρολοιμώξεις.

Γαστρεντερικό: Η παρατεταμένη ακινησία οδηγεί σε αύξηση του συμπαθητικού τόνου, ο οποίος με τη σειρά του οδηγεί σε ελάττωση της περισταλτικότητας και αύξηση του τόνου των σφικτήρων. Δυσκοιλιότητα από την χρήση οπιοειδών. Δυσαπορρόφηση. Ναυτία, έμετοι και ανορεξία λόγω της χημειοθεραπείας με επιδείνωση της καχεξίας.

Καρδιαγγειακό: Αιμοδυναμικές αλλαγές παρουσιάζονται από τις πρώτες κιόλας ημέρες της κατάκλισης. Μια ικανή ποσότητα, 300 με 500 ml, πλάσματος χάνονται μέσα στην πρώτη εβδομάδα της κατάκλισης, που οδηγεί σε αύξηση του ιξώδους του αίματος, το οποίο προδιαθέτει σε εν τω βάθη φλεβική θρόμβωση. Ορθοστατική υπόταση λόγω αύξησης του συμπαθητικού τόνου με αύξηση της συχνότητας και περιφερική και σπλαχνική αγγειοσύσπαση. Μετά από παρατεταμένη κατάκλιση το κυκλοφορικό αδυνατεί να απαντήσει με επαρκή αγγειοσύσπαση σαν απάντηση στην όρθια στάση, με αποτέλεσμα συγκοπτικά επεισόδια. Ελάττωση της καρδιακής παροχής.

Θρομβογένεση: Η κατάκλιση, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου, μπορεί να οδηγήσει σε DVT και ο κίνδυνος θρόμβωσης αυξάνει με τη διάρκεια της κατάκλισης. Εκτός από τις αλλαγές στο ιξώδες του αίματος, η μηχανική συμπίεση των φλεβών μπορεί να συμβάλει στη φλεβική στάση. Οι ασθενείς με καρκίνο, λόγω της συνοδού κατάστασης υπερπηκτικότητας, έχουν προδιάθεση στη φλεβική θρόμβωση. Απλά μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν στο να αποτραπούν οι καρδιαγγειακές επιπλοκές, είναι η πρόωρη κινητοποίηση του ασθενούς και η επαρκής ενυδάτωση.

Οι δυναμικές ασκήσεις στην ύπτια θέση βοηθούν στη διατήρηση του όγκου πλάσματος. Οι κοιλιακές ασκήσεις και οι ασκήσεις των κάτω άκρων βελτιώνουν τη φλεβική στάση και μπορούν να εκτελεσθούν από κοινού με τη χρήση ελαστικών καλτσών για να διατηρήσουν την πίεση αίματος στους ορθοστατικούς ασθενείς.

Δέρμα: Παρουσία κατακλίσεων ιδιαιτέρως σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο καρκίνο (περίπου 27% των διαγνώσεων) και τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, με πρώτο τον καρκίνο του πνεύμονα. Ειδικότερα για τις γυναίκες 40-55 ετών είναι η πρώτη αιτία θανάτου γενικώς¹. Η πενταετής επιβίωση των γυναικών με καρκίνο μαστού αγγίζει το 75% και το μέσο προσδόκιμο ζωής, όταν συνυπάρχουν οστικές μεταστάσεις, είναι μεγαλύτερο των 24 μηνών¹².

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι χειρουργική, ακτινοθεραπευτική και φαρμακευτική.

Οι χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές σε καρκίνο μαστού σταδίου I-II περιλαμβάνουν είτε την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, με ή χωρίς αποκατάσταση του μαστού, είτε τη συντηρητική θεραπεία με διατήρηση του μαστού, συνδυαζόμενη με ακτινοθεραπεία. Σε αυτά τα στάδια η καθιερωμένη αποδεκτή μέθοδος αντιμετώπισης των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης με εξαίρεση των λεμφαδένων 1^{ου} και 2^{ου} επιπέδου.

Η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο μαστού III-IV σταδίου περιλαμβάνει εντατικοποιημένη θεραπεία με συνδυασμό χορήγησης προεγχειρητικά νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας η οποία συχνά συρρικνώνει τον πρωτοπαθή όγκο, κάνοντας εφικτή τη χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία στο θωρακικό τοίχωμα ή στο μαστό καθώς και στην υποκλείδιο χώρα και τους λεμφαδένες της έσω μαστικής.

Οι περισσότερες χειρουργικές επιπλοκές σχετίζονται με τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης.

Ο χρόνος επούλωσης του χειρουργικού τραύματος καθώς και ο πόνος, επηρεάζει άμεσα την κίνηση και την κατάλληλη ένταση του οποιουδήποτε προγράμματος αποκατάστασης.

Πρώρες επιπλοκές μετά από τη χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει το σχηματισμό ογκόμορφης συλλογής υγρού στους ιστούς (seroma) (10%), λοίμωξη του τραύματος (7%), και νέκρωση του τραύματος (5%).

Οι πιο συχνές επιπτώσεις του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης είναι η μειωμένη αισθητικότητα του άκρου και η μειωμένη κινητικότητα του ώμου. Το αισθητικό έλλειμμα βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου, αλλά μπορεί να μην επιστρέψει ποτέ στο φυσιολογικό. Δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία για αυτό το δυσμενές αποτέλεσμα. Λεμφοίδημα μπορεί να διαπιστωθεί αμέσως μετά την επέμβαση και έχει ως αποτέλεσμα αύξηση της διαμέτρου του άνω άκρου.

Ο στόχος των ασκήσεων του ώμου και του βραχίονα είναι να μπορέσει ο ασθενής να επιστρέψει στη φυσιολογική δραστηριότητα μετά το μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό. Σε 3 με 15 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση, περίπου το 80% των ασθενών συνεχίζουν να κάνουν λόγο για τουλάχιστον 1 πρόβλημα. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν οίδημα (25%), αδυναμία (25%), περιορισμός στην κίνηση (30%), δυσκαμψία (40%), πόνος (50%) ή αιμωδίες (55%).

Η ακτινοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού είναι κοινή, για τη μείωση της πιθανότητας της υποτροπής στο μαστό και στο θωρακικό τοίχωμα.

Η ακτινοβολία επιτείνει τα αποτελέσματα της εγχείρησης. Η ίνωση που ακολουθεί την ακτινοβολία στο πεδίο της θεραπείας μπορεί να προκαλέσει τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Μειωμένη λεμφαγγειακή παροχέτευση
- Μειωμένη κινητικότητα του θωρακικού τοιχώματος και του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός, που ελαττώνουν την κινητικότητα του ώμου (πιο συνηθισμένες σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μαστεκτομή)
- Πόνος στον υποδόριο ιστό, στους μεσοπλεύριους μυς, ή στις πλευρές
- Η μειωμένη πνευμονική λειτουργική ικανότητα (σπάνια αν δεν υπερβαίνει το 10% του όγκου του πνεύμονα)
- Κατάγματα πλευρών (1% κίνδυνος)

Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν υποκλινικές επιπτώσεις στους πνεύμονες. Στους περισσότερους, η ικανότητα διάχυσης του μονοξειδίου του άνθρακα μειώνεται αλλά επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από 24 μήνες. Μόνιμη βλάβη, λόγω πνευμονικής ίνωσης περιορίζεται στο πεδίο ακτινοβολίας και μπορεί να εντοπιστεί στις ακτινογραφίες των πνευμόνων. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες από πνευμονική ίνωση έχουν σχέση με το εύρος του πνευμονικού πεδίου που ακτινοβολήθηκε και την αναπνευστική κατάσταση των ασθενών πριν από την ακτινοβολία.

Άλλη σημαντική επίπτωση της ακτινοθεραπείας είναι η βραχιόνιος πλεξοπάθεια, η οποία χαρακτηρίζεται από ενοχλήματα στην ωμική ζώνη και προοδευτική παραισθησία στο άνω άκρο.

Ο κλινικός ιατρός πρέπει να αντιμετωπίσει ιδιαίτερα τη ναυτία, την αλωπεκία, αλλά και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, όταν εισαχθεί το θέμα της χημειοθεραπείας. Άμεσα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας περιλαμβάνουν τη γενική κόπωση, καθώς και τη ναυτία και τον έμετο, τα οποία είναι αντιμετωπίσιμα με φαρμακευτική αγωγή. Η κόπωση μπορεί να είναι σημαντική και να επηρεάζει την άσκηση και το επίπεδο δραστηριότητας. Η εργασία και τα οικογενειακά θέματα μπορεί να είναι σημαντικά κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας λόγω του ότι η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει για πολλούς μήνες. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, πολλές γυναίκες έχουν μειωμένη ανοσολογική απάντηση, που τις θέτει σε κίνδυνο για λοίμωξη. Μπορεί να προκαλέσει στις γυναίκες, πρόωρη εμμηνόπαυση, μυοκαρδιοπάθεια και σπανίως λευχαιμία (συνδεδεμένη με τη χρήση συγκεκριμένων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων).

Επομένως, μια πρώτη επαφή της ασθενούς με την ομάδα αποκατάστασης πρέπει να έχει ενημερωτικό χαρακτήρα για τις επιπλοκές του χειρουργείου, της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας. Αυτό βοηθάει τις ασθενείς στο σχεδιασμό της επιστροφής στη καθημερινότητα. Σε μια δεύτερη φάση η αποκατάσταση αντιμετωπίζει τα διάφορα κλινικά προβλήματα που προκύπτουν από την αρχική θεραπεία, η οποία, όπως προαναφέρθηκε, είναι πολύ πιθανό να έχει λειτουργικές συνέπειες. Εκπαιδευτικές αλλά και παρεμβατικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται για να ελαττωθούν τα “ελλείμματα”, να ανακουφιστούν οι ασθενείς από τα συμπτώματα και τελικά να προωθήσουν το καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα.

Σε μία τρίτη φάση αποκατάστασης, όταν πια ολοκληρώνεται η αρχική θεραπεία και η νόσος ελέγχεται, στόχος είναι να μπορέσουν οι ασθενείς να επανακτήσουν την καθημερινή τους ζωή, επιστροφή στο σπίτι και την εργασία, να υιοθετήσουν έναν υγιή τρόπο ζωής και να επιλύσουν μερικά από τα προβλήματα των προηγούμενων φάσεων. Οι γυναίκες με καρκίνο πρέπει να ενθαρρύνονται να παραμένουν ενεργές και να επιδιώκουν την υποστήριξη. Η συνέχεια των κανονικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι ευεργετική.

Σε μια τελική φάση διαχείρισης, που η λειτουργική ανεξαρτησία μπορεί να έχει χαθεί ανεπανόρθωτα, οι στόχοι της αποκατάστασης είναι πιθανό να μετατοπιστούν προς την ανακούφιση των συμπτωμάτων και τη συντήρηση της ποιότητας ζωής. Η οικογενειακή υποστήριξη μπορεί να είναι μια από τις σημαντικότερες πτυχές της θεραπείας. Εάν η καχεξία είναι παρούσα, η άσκηση μπορεί να είναι επιβαρυντική καθώς οι διατροφικές απαιτήσεις μπορεί να είναι μεγαλύτερες από την κατανάλωση.

Καρκίνος κεφαλής τραχήλου

Ο καρκίνος κεφαλής τραχήλου εμπλέκει μέρη του σώματος εμφανή, δομικά πολύπλοκα και κρίσιμα για την επιβίωση. Εκτομή της στοματικής κοιλότητας μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκεια λόγου, αλλά και προβλήματα στην κατάποση. Εκτομή τμήματος γνάθου σαφώς επηρεάζει την εξωτερική εμφάνιση αλλά και τη μάσηση. Μερική και ολική λαρυγγεκτομή μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα στη κατάποση, αλλά κυρίως στο λόγο και την ομιλία. Οι εγκεφαλικές συζυγίες και κυρίως το προσωπικό νεύρο εμπλέκονται συχνά στους καρκίνους των σιελογόνων αδένων.

Ο ασθενής πρέπει να αξιολογηθεί επομένως για τις πιθανές ανάγκες, συμπεριλαμβανομένης της κατάποσης, της επικοινωνίας, της γναθοχειρουργικής προσθετικής, της ακοής και της στοματικής φροντίδας.

Προστάτης

Αντιπροσωπεύει τον συχνότερο καρκίνο και τη δεύτερη αιτία θανάτου στους άνδρες¹⁻². Στις πολύ συχνές οστικές μεταστάσεις πρέπει να αντιμετωπιστούν ο πόνος, τα παθολογικά κατάγματα και η μειωμένη κινητικότητα. Άλλωστε είναι γνωστό ότι η επιβίωση είναι παρατεταμένη ακόμα και στην παρουσία οστικών μεταστάσεων. Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ολική προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία είναι επιρρεπείς στην ακράτεια ούρων και την ανικανότητα. Επιπλέον η ορμονοθεραπεία συσχετίζεται συχνά με απώλεια μυικής μάζας και δύναμης.

Σάρκωμα των άκρων

Ο τοπικός έλεγχος των σαρκωμάτων επιτυγχάνεται με παρεμβάσεις προστασίας των μελών που ελαχιστοποιούν την ανικανότητα χωρίς συμβιβασμό της υπολογιζόμενης διάρκειας ζωής. Η επιτυχία υπολογίζεται να είναι 95%.⁴ Η απόφαση για το εάν ο ακρωτηριασμός απαιτείται, βασίζεται στο εάν ο τοπικός έλεγχος είναι εφικτός, εκτιμώντας ότι η θέση των όγκων, η συμμετοχή του νευρολογικού ιστού και το μέγεθος είναι συχνά οι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες της λειτουργικότητας.

Η βελτίωση στη λειτουργικότητα μετά από παρεμβάσεις προστασίας των μελών είναι το αποτέλεσμα (1) χειρουργικών τεχνικών που συντηρούν στο μέγιστο βαθμό τον απρόσβλητο ιστό, που καθορίζεται συχνά από απεικονιστικές μεθόδους (2) της χρήσης των ενδοπροθέσεων, οι οποίες έχουν μια 88% δεκαετή επιβίωση⁵ και που έχουν αντικαταστήσει τα αλλομοσχεύματα (3) των επανορθωτικών επεμβάσεων που αφορούν τα μαλακά μόρια (4), εξελιγμένων μεθόδων ακτινοθεραπείας και (5) της αποτελεσματικότητας της χημειοθεραπείας στον έλεγχο τοπικής και απομακρυσμένης διασποράς. Ο ακρωτηριασμός απαιτείται περιστασιακά σε μεγάλους, κεντρικούς όγκους και στα παιδιά που δεν έχουν φθάσει στη σκελετική ωριμότητα. Αυτή η τελευταία ομάδα μπορεί να μην επιλέγεται λόγω της πιθανής ανενεργοποίησης του συζευκτικού χόνδρου στην πλευρά της επέμβασης με αποτέλεσμα σημαντική απόκλιση στο μήκος των δύο άκρων, καθώς η ανάπτυξη συνεχίζεται στη μη χειρουργηθείσα πλευρά.

Η συχνότερη περιοχή για την τοποθέτηση ενδοπροθέσεων είναι το περιφερικό άκρο του μηριαίου, και ακολουθεί το κεντρικό άκρο της κνήμης. Το τελευταίο παραμένει πιο δύσκολο χειρουργικά λόγω της σχετικά επιφανειακής θέσης της κνήμης. Ενδοπροθέσεις στο κεντρικό άκρο του βραχιονίου, στην ωμοπλάτη και τον αγκώνα έχουν τοποθετηθεί επίσης επιτυχώς.⁶

Οι ειδικοί αποκατάστασης παρέχουν αξιολογήσεις ασθενών που βοηθούν στον προσδιορισμό του λειτουργικού επιπέδου του ασθενούς προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά από κοινού με τον χειρουργό. Οι ασθενείς με το σάρκωμα είναι πιθανό να είναι νέοι, μέχρι πρόσφατα ενεργοί και ανυπόμονοι για την ανάκτηση της δραστηριότητας. Η εκπαίδευση σχετικά με τη διαδικασία ανάκαμψης και η πιθανή ανάγκη για ένα στήριγμα εάν ένα νεύρο ή μια σημαντική ομάδα μυών, ή και τα δύο, έχουν θυσιαστεί πρέπει να ληφθούν υπόψιν.

Χαλάρωση της ενδοπρόθεσης μπορεί να εμφανιστεί, ανάλογα με το βαθμό φθοράς λόγω χρήσης από τις δραστηριότητες, αλλά οι ενδοπροθέσεις μπορούν να διαρκέσουν μέχρι και 10 έτη. Για τους μακροπρόθεσμους επιζώντες, θα απαιτηθεί η αντικατάσταση της ενδοπρόθεσης. Οι αντικαταστάσεις περιορίζονται γενικά σε δύο έως τρεις. Οι επιδιορθώσεις είναι επίσης απαραίτητες σε εξάρθρωση των προθέσεων, σε κατάγματα των οστών και σε χαλάρωση. Η αφαίρεση της πρόθεσης είναι συχνά απαραίτητη σε σοβαρή μόλυνση των οστών. Οι μολύνσεις με μερικούς οργανισμούς (epidermidis σταφυλοκόκκων) έχουν θεραπευθεί επιτυχώς με 3 μήνες κατάλληλων ενδοφλέβιων αντιβιοτικών. Επομένως, μερικοί ασθενείς, που υποβλήθηκαν αρχικά στις συντηρητικές παρεμβάσεις διατήρησης των μελών, θα υποβληθούν αργότερα στη ζωή τους σε ακρωτηριασμό. Πρέπει να γνωρίζουν την πιθανότητα αυτών των προβλημάτων προεγχειρητικά κατά την επιλογή μιας συντηρητικής χειρουργικής επέμβασης.

Κακοήθειες του γαστρεντερικού συστήματος: Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο τρίτος συχνότερος στις Ηνωμένες Πολιτείες, και η τρίτη κύρια αιτία του θανάτου από καρκίνο. Οι προσπάθειες τα τελευταία χρόνια έχουν εστιάσει στην διαλογή και την έγκαιρη διάγνωση, δεδομένου ότι η νόσος σταδίου A κατά Dukes (όγκος που περιορίζεται στο βλεννογόνο) είναι 85%- 95% ιάσιμη.

Ο καρκίνος παγκρέατος παραμένει μεταξύ των πιο ανθεκτικών στη θεραπεία κακοηθειών. Ασθενείς με αυτήν την διάγνωση συχνά παρουσιάζονται με σοβαρή απώλεια βάρους, μερικές φορές καχεξία και κατάθλιψη. Εκείνοι με καρκίνο του οισοφάγου, του ήπατος, και του στομάχου, με φτωχή πρόγνωση, μπορούν επίσης να παρουσιαστούν με την ίδια εικόνα. Γενικά, όταν εμφανίζονται ηπατικές μεταστάσεις η κλινική κατάσταση επιδεινώνεται γρήγορα.

Συχνότερα, η αποκατάσταση συνιστάται για την οξεία μετεγχειρητική αντιμετώπιση μετά από επεμβάσεις κοιλίας. Το πιο συχνό λειτουργικό πρόβλημα είναι κινητοποίηση του ασθενούς. Οι ασθενείς με οστική νόσο χρειάζονται την προσεκτική εκτίμηση της έκτασης της νόσου με τις ανάλογες απεικονιστικές μεθόδους καθώς και την κατάλληλη φαρμακευτική και υποστηρικτική αγωγή. Ο καλός έλεγχος του πόνου είναι επίσης ουσιαστικός.

Ένα πολύ κοινό πρόβλημα σε αυτόν τον πληθυσμό είναι η κόπωση, που συχνά αποδίδεται στην απώλεια μυϊκής μάζας ή για μερικούς στη καχεξία. Το φαινόμενο είναι επίσης γνωστό ως “καρκινική κόπωση”, η οποία θεωρείται ότι είναι δευτεροπαθής στην έκκριση κυτταροκινών. Η αντιμετώπιση αυτής της κόπωσης είναι αρκετά ανθεκτική στις παραδοσιακές παρεμβάσεις αποκατάστασης και η σωματική άσκηση σε παρουσία καχεξίας αντενδείκνυται. Η πρόσληψη θερμίδων είναι συνήθως κάτω και από τις βασικές μεταβολικές ανάγκες, και η δυνατότητα να παραχθεί η αναγκαία ενέργεια μέσω της γλυκονεογένεσης είναι εμφανώς επηρεασμένη. Εάν το προκαρκινικό στάδιο αναγνωρισθεί εγκαίρως είναι δυνατό να διατηρηθεί η μυϊκή μάζα και να καθυστερήσει η εμφάνιση της καχεξίας.

Αντιθέτως, τα δεδομένα δείχνουν ότι η παχυσαρκία είναι ένας παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο, και ένας παράγοντας κινδύνου για την υποτροπή του καρκίνου. Οι όγκοι του γαστρεντερικού είναι μεταξύ των πιο πιθανών όγκων που μπορούν να εμφανιστούν και να υποτροπιάσουν συσχετιζόμενοι με την παχυσαρκία.⁹

Καρκίνος του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα και οι επιπλοκές του οδηγούν σε σημαντική νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Τα πιο κοινά συμπτώματα που συνδέονται με τον καρκίνο του πνεύμονα και τη θεραπεία του (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) περιλαμβάνουν την κόπωση, τον πόνο, τη δύσπνοια, το βήχα.¹⁰ Τα αποτελέσματα μιας μελέτης δείχνουν ότι ο αντίκτυπος της δύσπνοιας, του πόνου και της κούρασης στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής στους περιπατητικούς ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο πνεύμονα είναι σημαντικός.¹¹ Σαφώς, παρεμβάσεις αποκατάστασης που μειώνουν αυτά τα συμπτώματα και βελτιώνουν την λειτουργική ανεξαρτησία μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής.

Η αποκατάσταση του καρκίνου του πνεύμονα έχει περιγραφεί κλασικά σε δύο φάσεις: μια προεγχειρητική ή προθεραπευτική φάση και μια μετεγχειρητική φάση.

Η προεγχειρητική φάση περιλαμβάνει μια λεπτομερή ιατρική, κοινωνική, και λειτουργική αξιολόγηση. Πληροφορίες σχετικά με τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, την αιματολογική κατάσταση, τους ηλεκτρολύτες, την καρδιοπνευμονική λειτουργία, την κατάσταση του μυοσκελετικού καθώς επίσης και η επαγγελματική υποστήριξη και η υποστήριξη των οικογενειών βοηθούν στην προεγχειρητική εκτίμηση των προβλημάτων που θα χρειαστούν μετεγχειρητικά αντιμετώπιση.

Δίνονται στους ασθενείς ασκήσεις αναπνοής πριν από τη χειρουργική επέμβαση για να βελτιώσουν την αναπνευστική λειτουργία, την αποδοτικότητα των αναπνευστικών μυών, την κινητικότητα του θώρακα, και να μειώσουν τον κίνδυνο πνευμονίας. Οι ασθενείς καθοδηγούνται για να εκτελέσουν αυτές τις ασκήσεις πριν και μετά από τη χειρουργική επέμβαση.

Η αρχική μετεγχειρητική φάση περιλαμβάνει την ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου και την παρεμπόδιση των επιπλοκών της ακινησίας με την έναρξη των παθητικών ασκήσεων ROM (range of motion), της φροντίδας του δέρματος συμπεριλαμβανομένων των τεχνικών ανακούφισης πίεσης, και της πρόληψης της φλεβικής θρόμβωσης.

Ο ασθενής καθοδηγείται για να εκτελέσει τις ασκήσεις αναπνοής. Πρέπει να κινητοποιηθεί και να ενθαρρυνθεί στο περπάτημα με τις κατάλληλες βοηθητικές συσκευές το συντομότερο δυνατόν.

Με τη συνεχή εξέλιξη που επιτυγχάνεται στη θεραπεία του καρκίνου, όλο και περισσότεροι ασθενείς επιβιώνουν της νόσου. Παρόλα αυτά πολύ μικρή έμφαση δίνεται στην λειτουργική αποκατάσταση των ασθενών αυτών. Η άγνοια, η κοινωνική δομή και η φτωχή δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ των διάφορων επιστημονικών ομάδων που εμπλέκονται στις διάφορες φάσεις της θεραπείας συνεισφέρουν σ' αυτό. Η πρόληψη και η θεραπεία της ανικανότητας και της αναπηρίας, καθώς και οι προσπάθειες αποκατάστασης χρήζουν εκτενούς και διεπιστημονικής αντιμετώπισης και αναμφισβήτητα είναι επείγουσα η ανάγκη προώθησης της λειτουργικής αποκατάστασης των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο.

Βιβλιογραφία

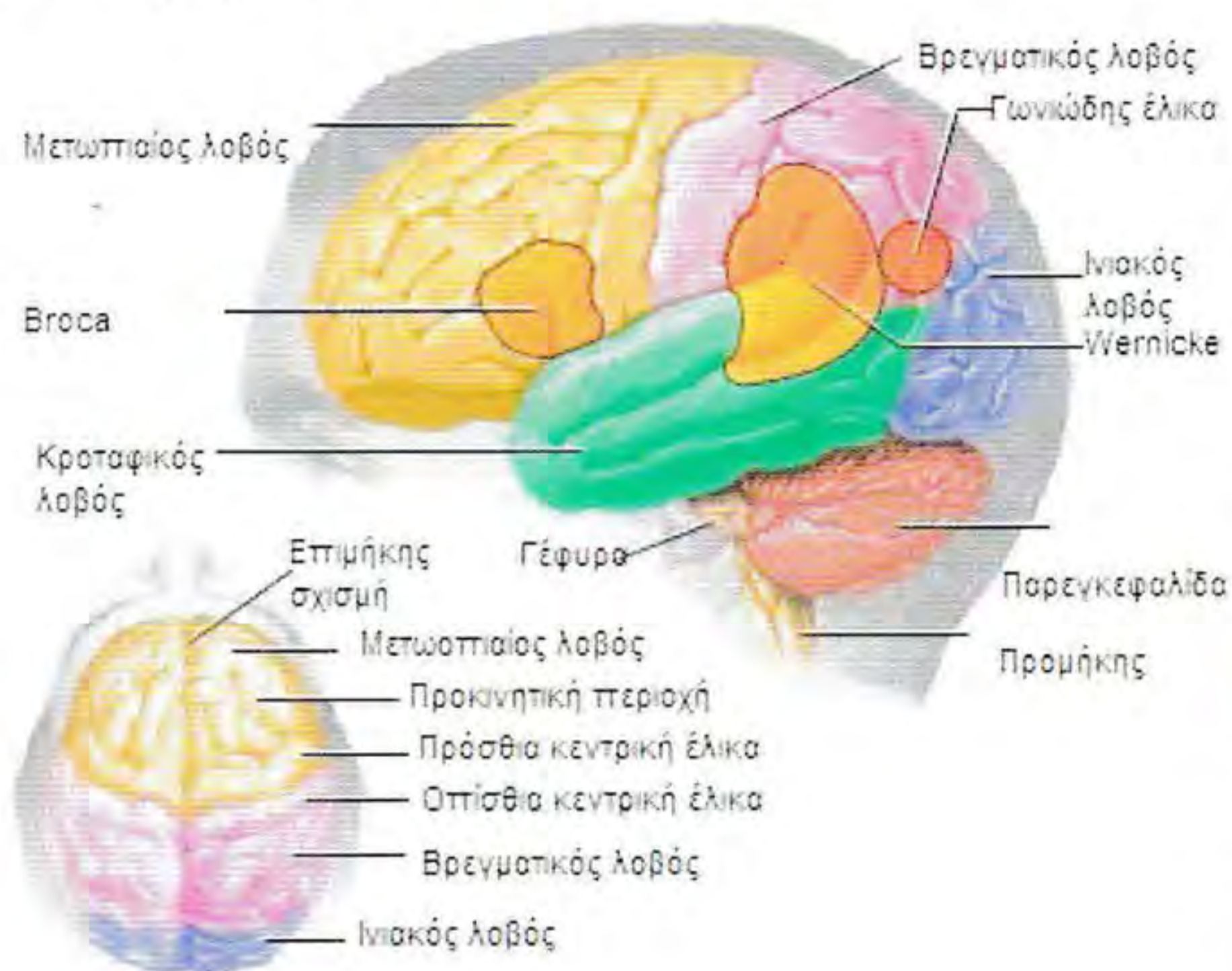
1. American Cancer Society. Cancer Stat
2. SEER database.
3. Cancer: Principles and Practice of Oncology
4. Wadajo FM, Bickels J, Wittig J, et al. Complex reconstruction in the management of extremity sarcomas. *Curr Opin Oncol* 2003;15:304.
5. Bickels J, Wittig JC, Kollender Y, et al. Distal femur resection with endoprosthetic reconstruction: a long-term follow-up study. *Clin Orthrop* 2002;400:225.
6. Bickels J, Wittig JC, Kollender Y, et al. Distal femur resection with endoprosthetic reconstruction: a long-term follow-up study. *Clin Orthrop* 2002;400:225.
7. Fuchs B, O'Connor MI, Kaufman KR, et al. Iliofemoral arthrodesis and pseudoarthrosis: a long-term function outcome evaluation. *Clin Orthrop* 2002;402:220.
8. Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, et al. Cancer rehabilitation. Particularly with aspects of physical impairments. *J Rehabil Med* 2003;35:153.
9. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, et al. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 2003;348(17):1625
10. Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, et al. Cancer rehabilitation. Particularly with aspects of physical impairments. *J Rehabil Med* 2003;35:153.
11. Hatley J, Laurence V, Scott A, et al. Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. *Palliat Med* 2003;17:4
12. Munday GR, Guise TA, Yoneda T. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, eds. *Biology of bone metastases in diseases of the breast*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:911.
13. Brennan M, ed. Cancer and its effects on the back and musculoskeletal system. *J Back Musculoskeletal Sys*. 1993: 27-77
14. Burstein HJ, Winer EP. Primary care for survivors of breast cancer. *N Engl J Med*. Oct 12 2000;343(15):1086-94.

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ – ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΣΤΟΧΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Δημήτρης Καζαντζής

Αναπληρωτής Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σαββας»

Οι νεοπλασίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος(ΚΝΣ) προσβάλλουν οποιοδήποτε τμήμα του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού προκαλώντας πίεση ή και καταστροφή νευρικών δομών που εκδηλώνονται με ανάλογη συμπτωματολογία. Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας έγκειται στην έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών με όγκο του ΚΝΣ.



Κατά την εισαγωγή του ασθενούς με όγκο ΚΝΣ καταγράφεται η λειτουργική κατάσταση του η οποία θα ελεγχθεί μετεγχειρητικά καθώς επίσης και κατά την αποθεραπεία του, έτσι ώστε η αποκατάσταση του να στοχεύει στις λειτουργίες που υπολείπονται.

Ενίοτε η αποκατάσταση των ασθενών με καρκίνο παραμένει στο περιθώριο. Είναι εσφαλμένη η αντίληψη ότι μόνο οι ασθενείς που μπορούν να αποδοθούν στην κοινότητα πλήρως πρέπει να απολαμβάνουν το όφελος της αποκατάστασης.

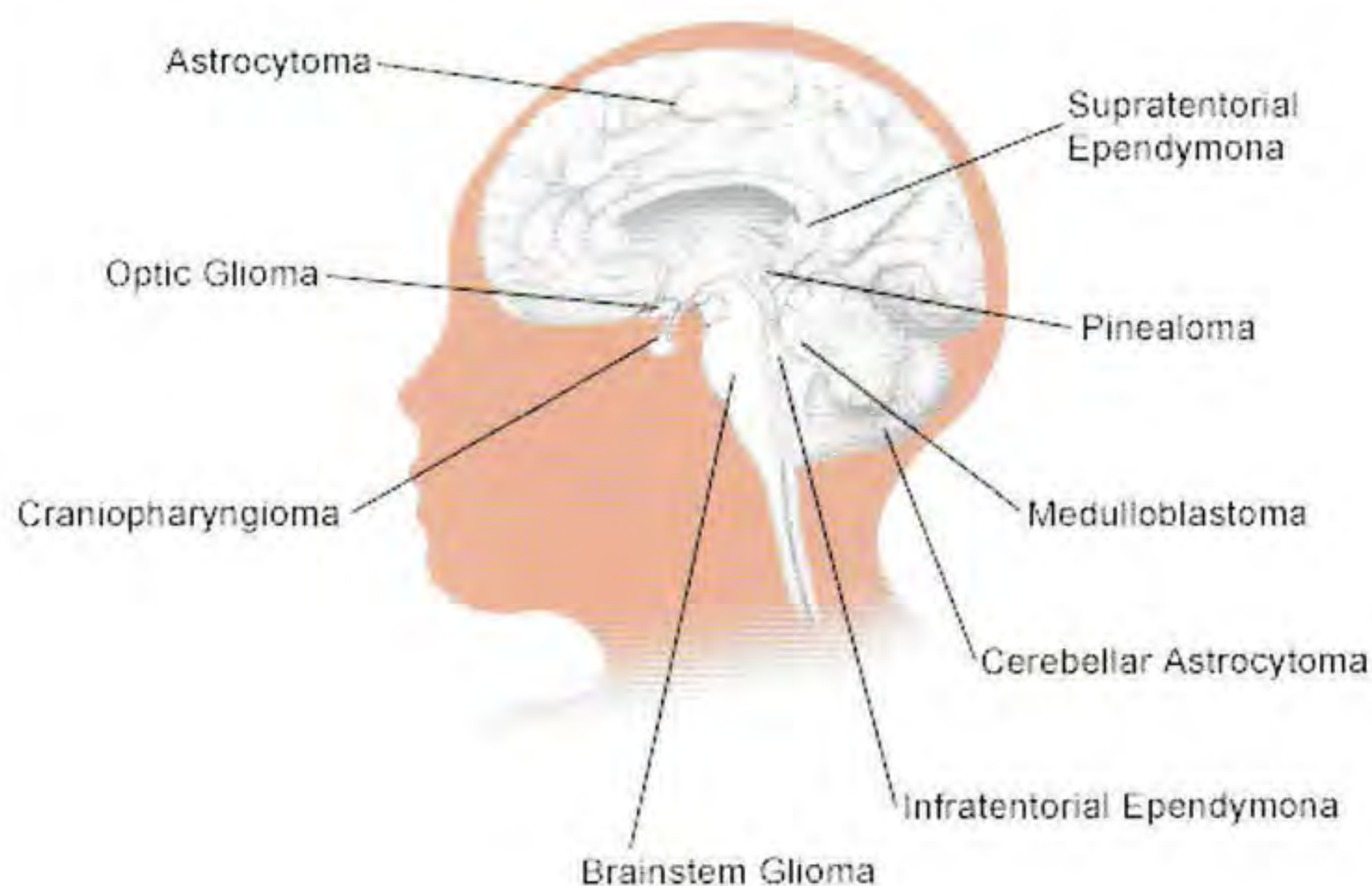
Η φυσική ιατρική και αποκατάσταση και η φυσικοθεραπεία είναι αφιερωμένες σε ασθενείς με καταστροφικές ιστικές κακώσεις και σε ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή και πνευμονική νόσο.

Συγκρίσιμες υπηρεσίες σπάνια προσφέρονται σε ασθενείς με καρκίνο.

Η νευροογκολογία ασχολείται με την αντιμετώπιση των ενδοκρανιακών όγκων και των όγκων του σπονδυλικού σωλήνα.

ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

Η ετήσια επίπτωση των ενδοκρανιακών όγκων στο γενικό πληθυσμό είναι 18 νέα περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού, 50% είναι πρωτοπαθείς και 50% μεταστατικές βλάβες.



ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ ΟΓΚΩΝ ΚΝΣ

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΟΓΚΩΝ	ΤΥΠΟΣ ΟΓΚΟΥ	ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ			
		I	II	III	IV
ΑΣΤΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ	Υποεπενδυματικό γιγαντοκυτταρικό αστροκύττωμα	*			
	Πιλοκυτταρικό αστροκύττωμα	*			
	Χαμηλού βαθμού κακοήθειας		*		
	Πολύμορφο ξανθοαστροκύττωμα		*	*	
	Αναπλαστικό αστροκύττωμα			*	
	Γλοιοβλάστωμα				*
ΟΛΙΓΟΔΕΝΔΡΟΓΛΟΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ	Χαμηλού βαθμού κακοήθειας		*		
	Αναπλαστικό ολιγοδενδρογλοίωμα			*	
ΟΓΚΟΙ ΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ	Σβάνωμα	*			
	Κακοήθης όγκος εκ του ελύτρου περιφερικού νεύρου				*
ΟΓΚΟΙ ΕΚ ΤΩΝ ΜΗΝΙΓΓΩΝ	Μηνιγγίωμα	*			
	Άτυπο μηνιγγίωμα		*		
	Θηλώδες μηνιγγίωμα		*	*	
	Αιμαγγειοπερικύττωμα		*	*	
	Αναπλαστικό μηνιγγίωμα			*	

Η βελτίωση των νευροχειρουργικών τεχνικών, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία έχουν αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με νεοπλασία του εγκεφάλου, **οπότε και ο ρόλος της αποκατάστασης διευρύνεται.**

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΟΓΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Ανατομική περιοχή				
	Μετωπιαίος λοβός	Βρεγματικός λοβός	Κροταφικός λοβός	Ινιακός λοβός	Παρεγκεφαλίδα
Κινητικότητα	-Σπαστικότητα -Αταξία ετερόπλευρα -Επίσχεση, ακράτεια ούρων -Αδυναμία -Ημιπάρεση -Επιληπτικές κρίσεις		-Επιληπτικές κρίσεις		-Δυσμετρία -Αταξικό βάδισμα -Τρόμος τελικού σκοπού -Νυσταγμός -Δυσδιαδοχοκίνησια

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Ανατομική περιοχή				
	Μετωπιαίος λοβός	Βρεγματικός λοβός	Κροταφικός λοβός	Ινιακός λοβός	Παρεγκεφαλίδα
Αντίληψη και αισθητικότητα		-Στερεοαγνώσια -Αγραφαισθησία -Στερεοαγνώσια -Μη διάκριση διαδικού ερεθίσματος	-Ετερόπλευρη -Ημιανοψία	-Έλλειμμα οπτικού πεδίου -Αδυναμία αναγνώρισης προσώπων - χρωμάτων -Αδυναμία εστίασης σε αντικείμενα	
Γνωσιακά και συναισθηματικά	-Διαταραχή της προσωπικότητας -Διαταραχή της διανοητικής κατάστασης -Ανάρμοστη κοινωνική συμπεριφορά -Έλλειψη ενδιαφέροντος -Απουσία κρίσης -Αφασικές ή δυσφασικές διαταραχές -Ελάττωση προσοχής	-Ακουστική αφασική διαταραχή	-Απώλεια συνείδησης	-Αλεξία	

Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να καταβάλλει κάθε προσπάθεια ώστε ο ασθενής να επιστρέψει στις καθημερινές δραστηριότητες του το συντομότερο δυνατό.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ KARNOFSKY		
Ικανότητα για φυσιολογική δραστηριότητα και εργασία. Δεν απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα.	100	Φυσιολογικό άτομο
	90	Φυσιολογική δραστηριότητα. Χωρίς ιδιαίτερη συμπτωματολογία
	80	Φυσιολογική δραστηριότητα με προσπάθεια: Παρουσία συμπτωματολογίας της νόσου
Αδυναμία εργασίας. Ικανότητα για αυτοεξυπηρέτηση στο σπίτι. Χρειάζεται βοήθεια.	70	Ανικανότητα φυσιολογικής δραστηριότητας ή ενεργητικής εργασίας
	60	Χρειάζεται περιστασιακά βοήθεια αλλά εξακολουθεί να αυτοεξυπηρετείται
	50	Χρειάζεται βοήθεια και συχνή ιατρική φροντίδα

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΚΑΡΝΟΦΣΚΥ		
Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης. Χρειάζεται φροντίδα σε νοσοκομείο ή αντίστοιχο ίδρυμα. Επιδείνωση της νόσου του.	40	Αναπηρία: Χρειάζεται ειδική φροντίδα και βοήθεια
	30	Σοβαρή αναπηρία: Πιθανότητα νοσοκομειακής περίθαλψης
	20	Σοβαρή ασθένεια, νοσοκομειακή περίθαλψη
	10	Επικείμενος θάνατος
	0	Θάνατος

Η νευροαποκατάσταση του ασθενούς με όγκο εγκεφάλου γίνεται σε διάφορα στάδια τα οποία περιλαμβάνουν την άμεση μετεγχειρητική και την όψιμη ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση, την αντιμετώπιση των ασθενών εκτός νοσοκομείου καθώς επίσης και στα κέντρα αποκατάστασης. Οι ασθενείς με όγκο εγκεφάλου χρήζουν ιδιαίτερης μεταχείρισης άμεσα μετεγχειρητικά κυρίως λόγω της αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Έτσι πρέπει να εξαιρούνται από το πρόγραμμα αποκατάστασης θέσεις και στάσεις του ασθενούς που εμποδίζουν την ομαλή αποχέτευση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού καθώς επίσης και δραστηριότητες που μέσω του χειρισμού Valsalva αυξάνουν την ενδοκράνιο πίεση.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΣ ΠΙΕΣΗΣ
Υπέρταση, βραδυκαρδία, αναπνευστική διαταραχή
Έκπτωση του επιπέδου συνείδησης, δυσαρθρία
Έκπτωση της οπτικής οξύτητας, διπλωπία
Επιληπτικές κρίσεις
Κεφαλαλγία, έμετος

Κατά τον σχεδιασμό της αποκατάστασης και των στόχων της σε ασθενείς με όγκο εγκεφάλου πολύτιμη βοήθεια προσφέρουν οι φάσεις φροντίδας κατά Dietz:

1. Προληπτική φάση
2. Φάση αποκατάστασης
3. Υποστηρικτική φάση
4. Παρηγορητική φάση

Η **προληπτική** φάση της νευροαποκατάστασης επικεντρώνεται στην εκπαίδευση του ασθενούς καθώς επίσης και στην παρέμβαση ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις από την περαιτέρω ανάπτυξη του όγκου.

Στη φάση της **αποκατάστασης**, προβλέπεται ο ασθενής να επανέλθει στον προ της επέμβασης βαθμό λειτουργικότητας του, καθώς επίσης και στην κινητική του ανεξαρτησία. Έτσι, οι στόχοι επικεντρώνονται στην κινητικότητα και στην επανένταξη του στον εργασιακό του χώρο.

Η **υποστηρικτική** φάση στοχεύει στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης, καθαριότητας, σίτισης και ατομικής υγιεινής.

Η **παρηγορητική** φάση σύμφωνα με τον Dietz, ενδείκνυται σε ασθενείς τελικού σταδίου με ταχέως εξελισσόμενο όγκο εγκεφάλου όπου η κινητική ικανότητα συνεχίζει να φθίνει. Ο πρωταρχικός σκοπός αυτής της φάσης, είναι να βοηθήσει τον ασθενή να διατηρήσει την ανεξαρτησία του όσο το δυνατό περισσότερο και ακολούθως να εμπλέξει την οικογένεια του στην προσπάθεια αυτή. Φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και λογοθεραπευτές εργάζονται μαζί με την ιατρική ομάδα για να ελαττώσουν το φορτίο της νόσου τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους οικείους τους.

Φυσικοθεραπεία: Έχει ως σκοπό την ανάπτυξη από τον ασθενή με καρκίνο του καλύτερου - υπό τις περιστάσεις - βαθμού κινητικότητας. Βοηθάει επίσης στην βελτίωση του επιπέδου ζωής σχεδιάζοντας και εξατομικεύοντας, εμπλέκοντας και τον ίδιο τον ασθενή με τους προσωπικούς του στόχους, προγράμματα ασκήσεων για την βελτίωση της κινητικότητας, την ελάττωση του πόνου, και την αύξηση του αισθήματος ασφάλειας. Οι υπηρεσίες της φυσικοθεραπείας προσφέρονται τόσο σε εσωτερική όσο και σε εξωτερική βάση.

Εργασιοθεραπεία: Βοηθάει τους πάσχοντες από καρκίνο να ανακτήσουν ικανότητες σημαντικές για την ανεξαρτησία τους όπως η ένδυση, η καθαριότητα, η ατομική υγιεινή και η σίτιση. Βελτιώνει κοινωνικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που ενδέχεται να συμβάλουν στην ποιότητα ζωής.

Λογοθεραπεία: Η θεραπευτική αντιμετώπιση ορισμένων τύπων καρκίνου ιδίως της κεφαλής και του τραχήλου επηρεάζουν την ικανότητα του ασθενούς για κατάποση, ομιλία ή και ακοή. Η λογοθεραπεία στοχεύει στην αποκατάσταση των λειτουργιών αυτών.

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Η κατανόηση της πλαστικότητας του εγκεφάλου - η ικανότητα δηλαδή του εγκεφάλου να αναδιοργανώνεται και να δημιουργεί καινούργιες συνδέσεις που βασίζονται σε νέες εμπειρίες - δίνει την ευκαιρία για νέες στρατηγικές αποκατάστασης. Η λειτουργική μαγνητική τομογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο για να καταδείξει περιοχές που δυνητικά μπορούν να υποκαταστήσουν κατεστραμμένες από τον όγκο δομές του εγκεφάλου αλλά συγχρόνως να δείξει τον βαθμό της λειτουργικής βελτίωσης. Οι τεχνικές αυτές ήδη εφαρμόζονται σε ορισμένα κέντρα.

ΟΓΚΟΙ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Εξωσκληρίδιοι: 55%, συνήθως μεταστατικοί όγκοι από μαστό, πνεύμονα, προστάτη, νεφρό, πεπτικό σύστημα αλλά και λέμφωμα ή πολλαπλούν μυέλωμα.

Ενδοσκληρίδιοι εξωμυελικοί: 40%, συνήθως μηνιγγιώματα και νευρινώματα.

Ενδομυελικοί: 5%, συνήθως αστροκυττώματα και επενδυώματα.

Ο πόνος, ιδίως νυκτερινός, είναι το πιο συχνό σύμπτωμα. Αισθητικοκινητικές και σφιγκτηριακές διαταραχές συμπληρώνουν την εικόνα.

Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση των όγκων του σπονδυλικού σωλήνα.

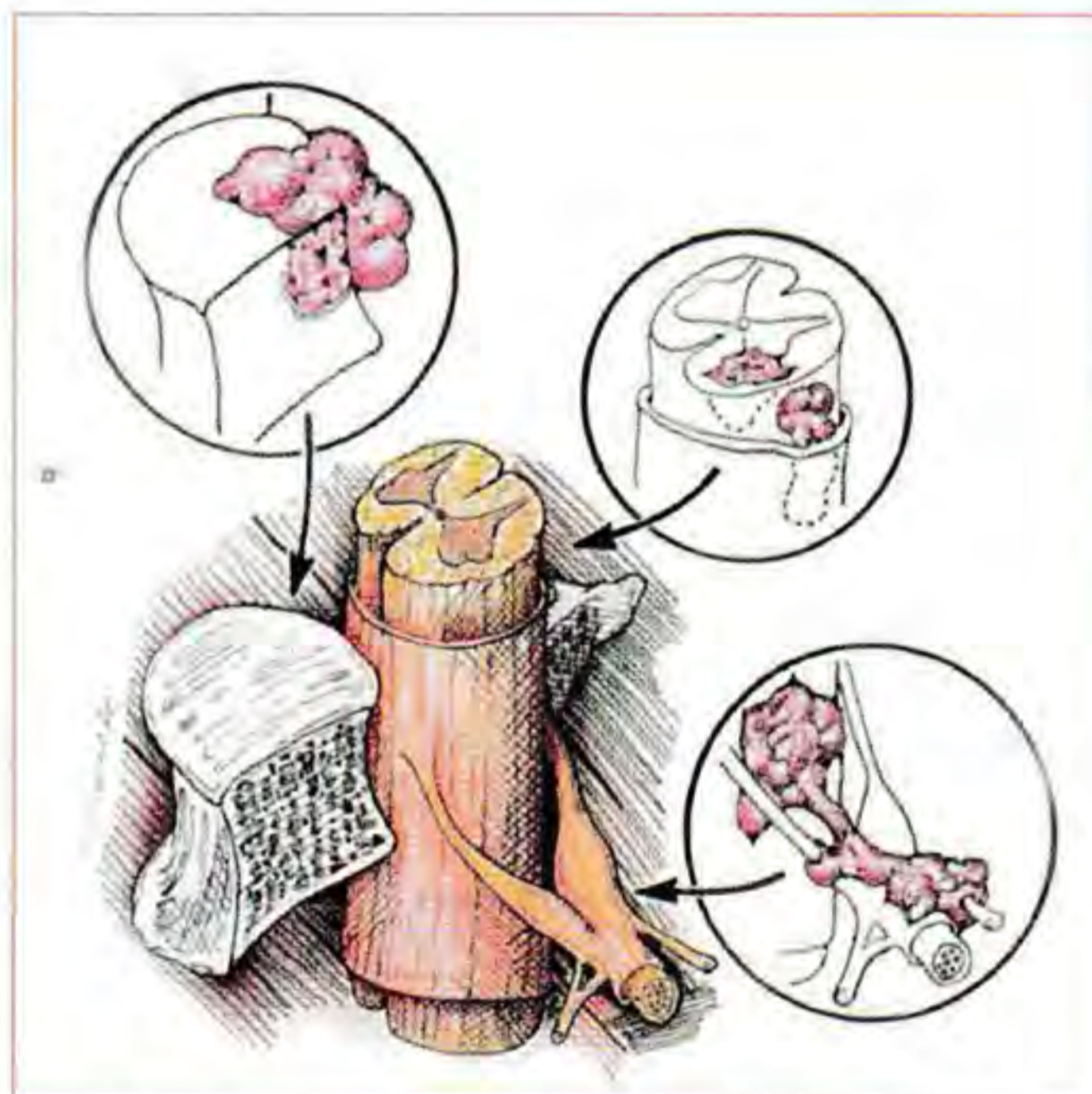
Ταχεία εγκατάσταση πληγίας σπάνια επανέρχεται. Απώλεια λειτουργίας σφιγκτήρων ορθού και κύστης είναι κακοί προγνωστικοί παράγοντες και όσο πιο νωρίς αντιμετωπισθούν, τόσο καλύτερη έκβαση έχουν.

Οι όγκοι του σπονδυλικού σωλήνα, εντοπίζονται στη ΘΜΣΣ σε ποσοστό 70%, στην ΟΜΣΣ 20%, και στην ΑΜΣΣ σε ποσοστό 10%.

Μικροχειρουργικές **τεχνικές ολικής αφαίρεσης του όγκου** με συνοδό **σπονδυλοδεσία**, αποφέρουν πολύ καλά αποτελέσματα συνδυασμένα με τη μετεγχειρητική θεραπεία.

Κινησιοθεραπεία, αντιμετώπιση του πόνου και της σπαστικότητας καθώς και αποκατάσταση της λειτουργίας του ορθού και της κύστης, περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα αποκατάστασης αυτών των ασθενών.

Η συνεργασία νευροχειρουργών και φυσικοθεραπευτών στο νοσοκομείο μας, είναι καθημερινή και στοχεύει στην αποκατάσταση των ασθενών και στην επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο.



Συχνά η εγκατάσταση της νευρολογικής **συνδρομής** είναι θορυβώδης εντούτοις κάθε ασθενής πρέπει να αξιολογηθεί ξεχωριστά όσο αφορά στη θεραπεία, στην αποκατάσταση και στο προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη περιλαμβάνουν τη βιολογική συμπεριφορά της νεοπλασίας και τις συμπαρομαρτούντες νόσους της την ηλικία του ασθενούς όπως η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος και η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Κινησιοθεραπεία: Ασθενείς με όγκο σπονδυλικού σωλήνα που χειρουργούνται και υποβάλλονται σε σπονδυλοδεσία, αρχίζουν άμεσα πρόγραμμα κινησιοθεραπείας.

Πόνος: Ο πόνος στην σπονδυλική στήλη μπορεί να εντοπίζεται στη περιοχή της μετάστασης ενώ η ψηλάφηση μπορεί να οδηγεί στην ακριβή εντόπιση της. Ο πόνος γίνεται εντονότερος στην ύπτια θέση λόγω της αύξησης της πίεσης από τον όγκο στην σπονδυλική στήλη. Ριζιτικά συμπτώματα εμφανίζονται κατά τον περιβρογχισμό ή την πίεση της νωτιαίας ρίζας από τον όγκο. Εμφανίζεται ως δυσαισθησία και επεκτείνεται στον ώμο αν αφορά την αυχενική μοίρα της Σ.Σ. ή στον μηρό αν η εξεργασία αφορά την οσφυοιερά χώρα ή στον θώρακα αν εντοπίζεται στην Θωρακική μοίρα της Σ.Σ. Η αντιμετώπιση του είναι συνήθως φαρμακευτική και περιλαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, καρβαμαζεπίνη(Tegretol) ή γκαμπαπεντίνη(Neurontin).

Ουροδόχος κύστη: Οι ανωμαλίες της ουροδόχου κύστεως λόγω όγκου στην Σ.Σ. μπορεί να απαιτήσουν καθετηριασμούς. Συνήθως οι ασθενείς έχουν την εντύπωση ότι ουρούν αλλά αυτό είναι μόνο ακράτεια εξ' υπερπληρώσεως. Σε κάθε ασθενή με πάρεση πρέπει να ελέγχεται το υπόλειμμα ούρων και αν αξιολογείται, να μπαίνει σε πρόγραμμα αυτοκαθετηριασμού. Η ουροδυναμική μελέτη θα καθορίσει την ανάγκη χορήγησης φαρμάκων.

Ορθό: Πρόκειται για πρόβλημα που αν και συχνό συνήθως παραβλέπεται. Ο ασθενής μπαίνει σε πρόγραμμα ώστε να ρυθμίσει τις κενώσεις του ανάλογα με την συχνότητα που ο ίδιος επιθυμεί, ώστε να αποφευχθεί η ακράτεια κοπράνων. Οι περισσότεροι όγκοι προκαλούν νευρογενές έντερο του τύπου του ανώτερου κινητικού νευρώνα. Όγκοι της ιππουρίδος προκαλούν εντερικά προβλήματα του τύπου του κατώτερου κινητικού νευρώνα που συνήθως χρειάζονται υποβοηθούμενη κένωση. Η ακράτεια των κοπράνων αν δεν αντιμετωπισθεί οδηγεί σε κοινωνικό αποκλεισμό, κατάθλιψη και αίσθημα αιδούς.

Σπαστικότητα: Η σπαστικότητα είναι μια συνηθισμένη επιπλοκή των όγκων της Σ.Σ. και είναι αιτία πόνου λόγω της δυσλειτουργίας του κινητικού συστήματος. Φαρμακευτική αντιμετώπιση της περιλαμβάνει αντλίες μπακλοφαίνης, νατριούχο δαντρολένιο, και βενζοδιαζεπίνες καθώς επίσης και ενέσεις αλλαντικής τοξίνης.

Οι ασθενείς με όγκο στο ΚΝΣ είτε έχουν καλή πρόγνωση (ίαση ή και πολυετή επιβίωση) είτε μικρό προσδόκιμο επιβίωσης, πρέπει να τυγχάνουν υπηρεσιών αποκατάστασης συγκρίσιμων με κάθε ασθενή που χρήζει αποκατάστασης.

Βιβλιογραφία

- 1 Dietz JH. Adaptive rehabilitation of the cancer patient. *Curr Probl Cancer*. 1980;5:1–56.
- 2 Dietz JH. Rehabilitation of the cancer patient. *Med Clin N Am*. 1969;53:607–624.
- 3 Hill CI, Nixon CS, Ruehmeier JL, Wolf LM. Brain tumors. *Phys Ther*. 2002;82:496–502.
- 4 Karnofsky DA, Hurchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM, ed. *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. New York, NY: Columbia University Press; 1949:191–205.
- 5 Klimo P, Schmidt M. Surgical managements of spinal metastases. *The Oncologist* 2004;9:188-196.
- 6 Broadwell D. Rehabilitation Needs of the Patient With Cancer. *Cancer* 1987;60:563-568.
- 7 Tran M. Rehabilitation for patients with brain tumors. *Crit Rev Phys Rehabil Med*. 2003;15:i2.
- 8 Reitz A, Haferkamp A, Wagener N, Gemer H, Hohenfellner M. Neurogenic bladder dysfunction in patients with neoplastic spinal cord compression: Adaptation of the bladder management strategy to the underlying disease. *Neurorehabilitation* 2006;21:65-69.
- 9 Blank A, O'Mahony S, Selwyn A. The role of cancer rehabilitation in the maintenance of functional integrity and quality of life. *Choices in Palliative Care*. Springer US Press; 2007:62-83.

Κ. Παπαναστασίου, Μ. Σταματέλου*Αιματολογική Κλινική Νοσ. "Ο Άγιος Σάββας"*

Τα αιματολογικά νοσήματα διακρίνονται σε οξεία και χρόνια. Στα μεν πρώτα ανήκουν οι οξείες λευχαιμίες, ενώ στα χρόνια τα λεμφουπερπλαστικά, τα μυελουπερπλαστικά και τα μυελοδυσπλαστικά νοσήματα. Στα λεμφουπερπλαστικά ανήκουν οι διάφοροι τύποι λεμφωμάτων υψηλής και χαμηλής κακοήθειας, η χρόνια λεμφογενής λευχαιμία και το πολλαπλούν μυέλωμα. Στα μυελουπερπλαστικά ανήκουν η χρόνια μυελογενής λευχαιμία, η πρωτοπαθής θρομβοκυτταραιμία, η ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση, η μυελοίνωση και η χρόνια μυελομονοκυτταρική λευχαιμία. Στα μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα ανήκουν η ανθεκτική αναιμία (RA), ανθεκτική αναιμία με σιδηροβλάστες (RARS), η ανθεκτική αναιμία με περίσσεια βλαστών (RAEB), η ανθεκτική αναιμία με εκτροπή σε οξεία λευχαιμία (RAEB-t), το σύνδρομο 5q-.

Η έκπτωση της φυσικής κατάστασης σχετίζεται και εξαρτάται από τη φύση της νόσου αφ' ενός και αφ' ετέρου από την θεραπεία στην οποία υποβάλλονται οι ασθενείς. Επίσης η ύπαρξη και άλλων προβλημάτων υγείας όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, εμπλέκονται στην εμφάνιση κακής κατάστασης ικανότητας των ασθενών.

Σε ότι αφορά τα νοσήματα οι περισσότερες από τις προαναφερθείσες αιματολογικές οντότητες προκαλούν αναιμία με συνοδό καταβολή και εύκολη κόπωση, ανορεξία η οποία παρατηρείται σε ποσοστό 15 – 25% και επιδεινώνεται από τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας (διαταραχές γεύσης και οσμής, ναυτία, εμπύρετες λοιμώξεις) και καχεξία η οποία είναι ένα προοδευτικό σύνδρομο απώλειας λίπους και μυϊκής μάζας που επιδεινώνεται από την ανορεξία και μπορεί να οδηγήσουν σημαντικό ποσοστό αρρώστων σε σοβαρή καταβολή με παρατεταμένο κλινοστατισμό και εμφάνιση κατακλίσεων. Επίσης παράλυση ή μυοπάθεια μπορεί να εμφανιστεί όταν υπάρχει προσβολή της νόσου στο κεντρικό ή περιφερικό νευρικό σύστημα. Οι οστικές εντοπίσεις σε λεμφώματα, αλλά κυρίως στο πολλαπλούν μυέλωμα, προκαλούν οστικά άλγη, μερικές φορές παθολογικά κατάγματα που όταν εντοπίζονται στη σπονδυλική στήλη μπορεί να οδηγήσουν σε παραπάρεση ή παραπληγία.

Σε ότι αφορά την έκπτωση της φυσικής κατάστασης σε σχέση με την θεραπεία των αιματολογικών νοσημάτων, η ουδετεροπενία που προκαλείται από την χημειοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού ειδικά σε νοσοκομειακούς ασθενείς. Άλλο αίτιο λοίμωξης αναπνευστικού είναι η πνευμονία από εισρόφηση σε κλινήρεις ασθενείς συνήθως μεγάλης ηλικίας, αλλά και σε εκείνους που εμφανίζουν όγκους της γεφυροπαραγκεφαλιδικής γωνίας (σύνδρομο venet) π.χ. από λεμφώματα ή μυελωματικούς όγκους της βάσης του κρανίου. Τα κορτικοειδή που χρησιμοποιούνται είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό με άλλους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες προκαλούν σε παρατεταμένη χορήγηση μυοπάθειες με μυϊκή ατροφία και περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης ικανότητας, ενώ δύναται να δημιουργήσουν ψυχικές διαταραχές με άρνηση στην κίνηση και την σίτιση.

Κύριοι στόχοι φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης των ασθενών με κακοήγη αιματολογικά νοσήματα είναι: α) περιορισμός επιπλοκών από την νόσο και την θεραπεία, με εκπαίδευση των ασθενών και των οικείων τους για αποφυγή π.χ. εισροφήσεων και επισήμανση της μεγάλης σημασίας που έχει η διαρκής και συστηματική κίνηση του ασθενούς, β) η αποφυγή μόνιμου κλινοστατισμού, γ) βελτίωση της κατάστασης ικανότητας με ευρύτερο στόχο της τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των.

Η φυσικοθεραπευτική αποκατάσταση εξαρτάται από την κατάσταση ικανότητας του πάσχοντα και για τους περιπατητικούς ασθενείς στοχεύει στην ενδυνάμωση μυών των κάτω άκρων με βάρδια με τη βοήθεια φυσικοθεραπευτών καθώς και με τη ενδεχόμενη χρήση βακτηριών ή και μηχανημάτων. Σε πάσχοντες με μόνιμο κλινοστατισμό οι παθητικές και ενεργητικές κινήσεις έχουν στόχο την μυϊκή ενδυνάμωση και την αποφυγή κατακλίσεων και αγκυλώσεων στις αρθρώσεις.

Τα μέσα αποκατάστασης είναι: α) σε περιπτώσεις καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης, οι ζώνες στήριξης, απλές ή τύπου Camp ή Taylor, ανάλογα με το ύψος της βλάβης, β) χρήση ειδικών βαρών για την ενδυνάμωση των μυών των κάτω άκρων, γ) χρήση συσκευών αναπνευστικής γυμναστικής, δ) συντονισμός όλων των ανωτέρω φυσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε σχέση με την θεραπεία που εκάστοτε λαμβάνει ο ασθενής και την κατάσταση της νόσου π.χ. οστικές μεταστάσεις, θρομβοπενία, όπου απαιτείται μικρότερη μυϊκή προσπάθεια, άσκηση και πίεση.

Εν κατακλείδι αξίζει να σημειωθεί ότι τα γενικότερα υποστηρικτικά και ειδικά θεραπευτικά μέσα όπως είναι οι μεταγγίσεις αίματος και αιμοπεταλίων, η χορήγηση αυξητικών παραγόντων (EPO, GCSF) και κυρίως η ανταπόκριση της νόσου στην θεραπεία είναι αυτά που βελτιώνουν την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Βιβλιογραφία

1. Effects of exercise in combination with epoetin alfa during high-dose chemotherapy and autologous peripheral blood stem cell transplantation for multiple myeloma. Coleman EA, Coon SK, Kennedy RL, Lockhart KD, Stewart CB, Anaissie EJ, Barlogie B. *Oncol Nurs Forum.* 2008 May;35(3):E53-61.
2. Keep moving: patients with myeloma talk about exercise and fatigue. Coon SK, Coleman EA. *Oncol Nurs Forum.* 2004 Nov 16;31(6):1127-35.
3. Physical exercise and quality of life in cancer patients following high dose chemotherapy and autologous bone marrow transplantation. Courneya KS, Keats MR, Turner AR. *Psychooncology.* 2000 Mar-Apr;9(2):127-36.
4. The concept of rehabilitation of cancer patients. Body JJ, Lossignol D, Ronson A. *Curr Opin Oncol.* 1997 Jul;9(4):332-40.
5. Effects of a walking intervention on fatigue-related experiences of hospitalized acute myelogenous leukemia patients undergoing chemotherapy: a randomized controlled trial. Chang PH, Lai YH, Shun SC, Lin LY, Chen ML, Yang Y, Tsai JC, Huang GS, Cheng SY. *J Pain Symptom Manage.* 2008 May;35(5):524-34. Epub 2008 Feb 15
6. Quality of life beyond 6 months after diagnosis in older adults with acute myeloid leukemia. Alibhai SM, Leach M, Gupta V, Tomlinson GA, Brandwein JM, Saiz FS, Minden MD. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2008

ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣΤΟΥ: ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΙ ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Εμμανουήλ Παναγόπουλος, FACS

Αμ. Επ. Καθηγητής Χειρ\κης Πανεπ. Αθηνών

Δ/ντης Δ' Χειρ\κης Κλινικής (Μαστού) ΑΟΝΑ «Ο ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ»

Η χειρουργική των όγκων του μαστού και ιδιαίτερα του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει κατά περίπτωση την ανοικτή βιοψία του όγκου, την ογκεκτομή, την τεταρτεκτομή, την απλή μαστεκτομή, την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, τον λεμφαδένα φρουρό και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης.

Οι επεμβάσεις στον μαστό, ιδίως όταν περιλαμβάνεται και η σύστοιχη μασχάλη, μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα κίνησης του ώμου και του άνω άκρου, την ικανότητα βαθιάς αναπνοής ή και την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως η ένδυση, το χτένισμα των μαλλιών και το μπάνιο. Ακόμα οι επεμβάσεις αυτές, σε αρκετές περιπτώσεις, μπορεί να οδηγήσουν στην, άλλοτε άλλου βαθμού, ανάπτυξη λεμφοιδήματος του σύστοιχου με την επέμβαση άνω άκρου.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΟΣ ΩΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ

Άλγος και δυσκινησία του σύστοιχου ώμου και του άνω άκρου παρατηρείται σε ένα σημαντικό ποσοστό αμέσως μετά από μια χειρουργική επέμβαση στο μαστό και σε ένα πολύ μικρότερο ποσοστό διατηρείται και πέραν των 3-4 εβδομάδων, αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα.

Η αδυναμία κίνησης του ώμου και το συνακόλουθο άλγος οφείλονται όχι μόνο στο εγχειρητικό τραύμα αλλά και στην άμεση και ταχεία ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού που δημιουργεί πόνο και περιορισμό της κινητικότητας του ώμου και του άνω άκρου και μπορεί, χωρίς κατάλληλη αντιμετώπιση, να καταλήξει στην κατάσταση του αποκαλούμενου παγωμένου ώμου (Frozen Shoulder).

Έτσι ανεξάρτητα από τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης στον μαστό, είναι σημαντικό η εκτέλεση ασκήσεων που θα μειώσουν τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης και θα βελτιώσουν την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων της γυναίκας.

Η προσθήκη μετά την χειρουργική επέμβαση ακτινοθεραπείας, η επίδραση της οποίας στην κινητικότητα του ώμου συνεχίζεται για 6-8 μήνες μετά το πέρας της, επιδεινώνει την κατάσταση. Έτσι η εκτέλεση κατάλληλων ασκήσεων βοηθά το άκρο να διατηρήσει την ευκαμψία και την κινητικότητα του.

Υπάρχουν 2 είδη προτεινόμενων ασκήσεων. Εκείνες που αυξάνουν την κινητικότητα του ώμου και του άνω άκρου και εκείνες που ενδυναμώνουν και ισχυροποιούν τον ώμο και το άκρο. Οι πρώτες μπορεί να αρχίσουν πολύ γρήγορα, μερικές μόλις ημέρες μετά το χειρουργείο και οι δεύτερες προστίθενται αρκετά αργότερα.

Σημαντικό στην όλη διαδικασία είναι η συζήτηση με τον Φυσικοθεραπευτή για τον σχεδιασμό ατομικού προγράμματος ασκήσεων, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει πλήρης κινητικότητα του άκρου μετά από 3-4 εβδομάδες από την χειρουργική επέμβαση.

ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

Λεμφοίδημα είναι η συσσώρευση λέμφου στο άκρο λόγω μηχανικής παρακώλυσης της αποχέτευσης της.

Η χειρουργική της μασχάλης με την αφαίρεση των λεμφαδένων στους οποίους αποχετεύεται η λέμφος του άνω άκρου και την διατομή των λεμφαγγείων δημιουργεί τις προϋποθέσεις ανάπτυξης λεμφοιδήματος του άνω άκρου που οφείλεται στην μηχανική διακοπή της ροής του λέμφου. Η προσθήκη ακτινοθεραπείας στην περιοχή της μασχάλης και του ώμου αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης λεμφοιδήματος. Στη συνέχεια το λεμφοίδημα επηρεάζει την κινητικότητα του ώμου.

Μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό και την μασχάλη, η εμφάνιση λεμφοιδήματος μπορεί να γίνει σε λίγες μέρες, μήνες ή και χρόνια μετά την χειρουργική επέμβαση. Η εμφάνιση μικρού βαθμού λεμφοιδήματος του άνω άκρου 4 με 6 εβδομάδες μετά την χειρουργική επέμβαση είναι φυσιολογική και συνήθως υποχωρεί. Αντίθετα η καθυστερημένη εμφάνιση λεμφοιδήματος που προοδευτικά αυξάνει πιθανώς να οφείλεται σε υποτροπή του καρκίνου στην περιοχή του ώμου.

Η αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος δεν είναι εύκολη και περιλαμβάνει δύο δέσμες μέτρων. Εκείνα που αποσκοπούν στην πρόληψη εμφάνισης του και εκείνα που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση του εγκατεστημένου λεμφοιδήματος.

A. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Τα προληπτικά μέτρα για την αποφυγή εμφάνισης λεμφοιδήματος είναι τα ακόλουθα:

1. Αποφυγή τραυματισμού του άνω άκρου, συμπεριλαμβανομένης και της αιμοληψίας ή της ενδοφλεβίου έγχυσης φαρμάκων.
2. Αποφυγή συμπίεσης του άνω άκρου από στενά ενδύματα.
3. Αποφυγή έντονων ασκήσεων και άρσης ή μετακίνησης βαρέων αντικειμένων. Αντίθετα οι ελαφρές ασκήσεις οφελούν στην προώθηση της λέμφου, η οποία γίνεται παθητικά με τις συσπάσεις των μυών.
4. Αποφυγή λοίμωξης του άνω άκρου και έγκαιρης αντιμετώπισης της με λήψη κατάλληλων αντιβιοτικών μετά από οποιονδήποτε τραυματισμό.
5. Αποφυγή έκθεσης του άκρου σε απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας.
6. Αποφυγή συμπίεσης του άνω άκρου κατά τον ύπνο και τοποθέτηση του άκρου σε υψηλότερο επίπεδο για διευκόλυνση της αποχέτευσης της λέμφου.

B. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Οι κύριοι στόχοι αντιμετώπισης του εγκατεστημένου λεμφοιδήματος είναι ο έλεγχός του, η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η αποφυγή χειροτέρευσής του. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται με τα ακόλουθα μέτρα:

1. Κατάλληλο μασάζ για το άδειασμα του άκρου από την λέμφο και την διοχέτευση της προς την ράχη.
2. Εφαρμογή συμπίεσης με ελαστικό μανίκι ή ελαστικούς επιδέσμους.
3. Ήπιες ασκήσεις, που αυξάνουν την συσταλτικότητα των μυών και βελτιώνουν την ροή της λέμφου.
4. Παροδική χρήση αντιβιοτικών επί εμφάνισης επανειλημμένων επεισοδίων ερυσιπέλατος.

Γενικά η συμβολή της φυσικοθεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου και της δυσκινησίας του ώμου όσο και για την πρόληψη και αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος είναι ουσιαστική. Έτσι η συνεργασία του χειρουργού μαστού και των φυσικοθεραπευτών για πλήρη λειτουργική αποκατάσταση της γυναίκας μετά από επέμβαση στο μαστό και την μασχάλη είναι απαραίτητη.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Βασίλειος Μπαρμπούνης,
Παθολόγος - Ογκολόγος

Ας δώσουμε πρώτα μερικούς ορισμούς για να γίνει πιο εύκολο το κείμενο στη συνέχεια.

Η φυσικοθεραπεία παρέχει υπηρεσίες σε άτομα και ομάδες για να αναπτύξουν, διατηρήσουν και βελτιώσουν την καλύτερη κινητικότητα και λειτουργικότητα για όλη τους τη ζωή. Αυτό προϋποθέτει υπηρεσίες και βοήθεια σε περιπτώσεις όπου η κίνηση και η λειτουργικότητα αποκαθιστούν την ποιότητα ζωής που έχει παραβλαφθεί σοβαρά από μία νόσο. Οι λειτουργικές κινήσεις είναι βασικές στον ορισμό της υγείας. Η φυσική θεραπεία και η αποκατάσταση ενδιαφέρεται κυρίως για να προσδιορίσει και να αποκαταστήσει την ποιότητα της ζωής και την δυνατότητα κίνησης μέσα από τις έννοιες της βελτίωσης, της προφύλαξης, της παρέμβασης, της αποκατάστασης και της επανένταξης στην κοινωνία.

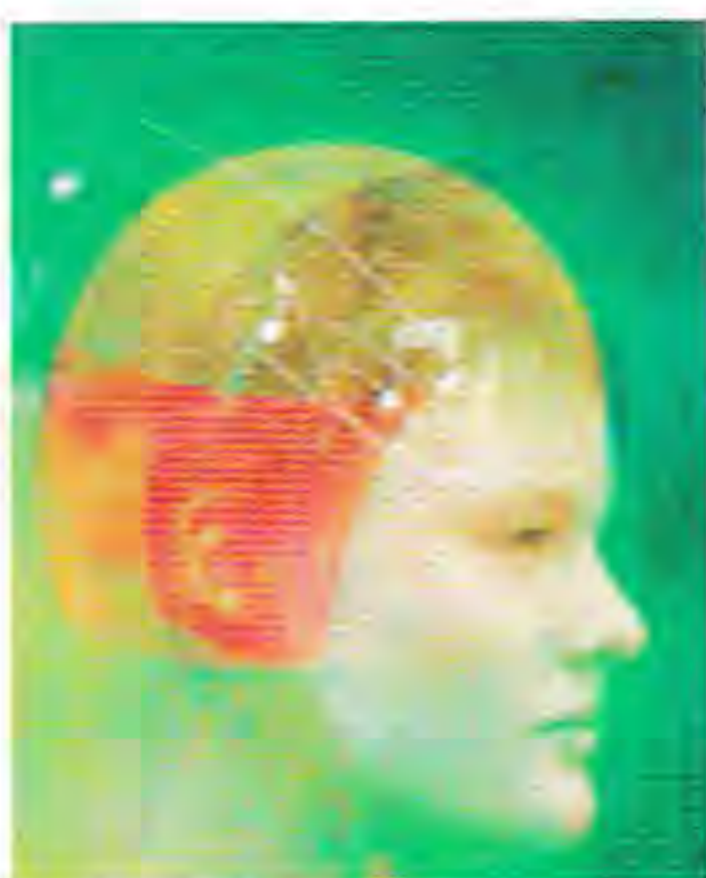
Αυτό προϋποθέτει την άριστη κατάσταση σε φυσικό, ψυχολογικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο. Η φυσικοθεραπεία προϋποθέτει την αλληλεπίδραση μεταξύ του φυσικοθεραπευτή, των ασθενών, άλλων επαγγελματιών υγείας, της οικογένειας αυτών που παρέχουν φροντίδα και της κοινωνίας, όπου η δυνατότητα κίνησης και ανεξαρτησίας εκτιμάται και τοποθετούνται οι στόχοι για τους οποίους προϋποτίθεται γνώση και εκπαίδευση.

Ας δούμε όμως ποια είναι τα στοιχεία. Ένας πολύ μεγάλος αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου, διαγιγνώσκεται κατά έτος παγκοσμίως και στη χώρα μας, και ο οποίος είναι σε συνεχή αύξηση λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Υπολογίζεται ότι 38% των γυναικών και 41% των ανδρών, θα αναπτύξουν καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής τους στο δυτικό κόσμο. Στους άνδρες η θνητότητα από καρκίνο όλων των αιτιών, ελαττώθηκε 12% από το 1988 ενώ στις γυναίκες κατά 13% από το 1988, για όλους τους καρκίνους, εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα. Οι μισοί από τους ασθενείς με καρκίνους, εκτός του καρκίνου των οστών, θα αναπτύξουν νόσο στα οστά τους, και θα χρειασθούν τη βοήθεια ειδικών για την αποκατάστασή τους.

Το χειρουργείο, η ακτινοβολία και ενδεχομένως η χημειοθεραπεία ή και η ορμονοθεραπεία, βοηθάει προς αυτή την κατεύθυνση. Όμως και η θεραπεία αλλά και η νόσος αυτή καθ' αυτή, προκαλούν προβλήματα και κυρίως δυσχέρεια στην αυτόνομη λειτουργία του ατόμου. Αντιλαμβανόμαστε από τα παραπάνω, ότι απαιτείται αποκατάσταση για αυτούς τους ογκολογικούς ασθενείς. Και πιο συγκεκριμένα ότι επειδή ο καρκίνος προσβάλλει βάνουσα τις φυσικές δραστηριότητες του ατόμου, η ογκολογική αποκατάσταση παρέχει μία μεγάλη ευκαιρία για αυτούς οι οποίοι έχουν επιβιώσει από τον καρκίνο τους, να επανενταχθούν στο κοινωνικό σώμα. Βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους με την αποκατάσταση της δύναμής τους, της κινητικότητάς τους και της ανεξαρτησίας τους. Ένα μικρό μέρος από αυτούς τους καρκίνους, έχει σαν προέλευση το μυοσκελετικό σύστημα, ενώ οι περισσότεροι όπως είπαμε προηγούμενα από τους ασθενείς με πρωτοπαθείς καρκίνους, θα αναπτύξουν καρκίνο στα οστά και θα χρειαστούν την ογκολογική αποκατάσταση. Οι μεταστάσεις είναι πρωτοπαθείς, η οστική νόσος είτε η νόσος στο μυοσκελετικό, είτε πρωτοπαθής είτε δευτεροπαθείς από μεταστάσεις, δημιουργεί προβλήματα όπως πόνος, αδυναμία κίνησης και ελάττωση της λειτουργικότητας. Η αποκατάσταση στην ογκολογία είναι μία αναδυόμενη και πολύ ισχυρή υποειδικότητα, η οποία παρέχει σοβαρές υπηρεσίες στους ασθενείς οι οποίοι έχουν καρκίνο. Συγκεκριμένα, θα μπορούσε κανένας να πει ότι εστιάζεται 1) στην αποκατάσταση της δύναμης και της αντοχής αυτών των ασθενών, στην ελάττωση της κόπωσης, στη μείωση του πόνου και της δυσφορίας, στη διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και στη βελτίωση της αίσθησης του well being. Όμως ένα μέρος από τους ασθενείς με καρκίνο, όχι μόνο αυτοί οι οποίοι απεβίωσαν αλλά αυτοί οι οποίοι δεν κατέστη δυνατόν να νικήσουν τη νόσο τους, θα φθάσουν να είναι σε τελικό στάδιο. Το τι σημαίνει τελικό στάδιο δεν έχει απαντηθεί πλήρως,

κατ' άλλους είναι το τελευταίο έτος της ζωής αυτών των ασθενών, κατ' άλλους είναι οι τελευταίοι δύο μήνες. Ανεξάρτητα όμως από τη διάρκεια αυτού του τελικού σταδίου, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ορισμένες δυσάρεστες συνέπειες όπως είναι ο χρόνιος και ο οξύς πόνος, η κακή κινητικότητα που εκφράζοντας αδυναμία ή απώλεια της πλαστικότητας, ελαττωμένη δυνατότητα να κάνουν τις ημερήσιες δραστηριότητές τους ή τα διάφορα οιδήματα, η διαχείριση της εναπομένουσας ενέργειάς τους, η ασφάλειά τους μέσα στο σπίτι με την ελάχιστη κινητικότητα που μπορεί να έχουν και αυτό γίνεται με την εκτίμηση των διαφόρων συσκευών οι οποίες τους βοηθούν, ένα μεγάλο μέρος καταλαμβάνει η διατροφή αυτών των ασθενών, διότι έχει πολύ μεγάλη σημασία στην ακεραιότητα των φραγμών όπως είναι το δέρμα και οι βλεννογόνοι, η δυσλειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως, η δυσφαγία, διάφορες ψυχολογικές δυσκολίες όπως είναι η κατάθλιψη, το αίσθημα της απώλειας, ο θρήνος, η αδυναμία πολλές φορές εκπομπής του λόγου και ομιλίας και τέλος οι διάφορες διαταραχές της σπονδυλικής στήλης και του εγκεφάλου. Άρα η αποκατάσταση πρέπει να παρασυρθεί σε αυτούς τους ασθενείς μέσω της φυσικοθεραπείας, περιλαμβάνει εκπαίδευση στην κινητικότητά τους, βελτίωση της δύναμης και της σταθερότητας τους, βελτίωση του εύρους των κινήσεων, εκτάσεις, συστάσεις για τη χρήση και διδασκαλία διαφόρων συσκευών, προσπάθειες βελτίωσης της ισορροπίας και της διαδοχοκινησίας του συνδυασμού της συνεργασίας των σκελών και των μελών του σώματος, προφύλαξη από τις πτώσεις, συντήρηση της ενέργειας, ασκήσεις για τη δύναμη, προσθετικά και ορθοπτικά και αποκατάσταση και διαχείριση των οιδημάτων.

Επίσης άλλα πεδία που χρειάζονται βοήθεια είναι η επικοινωνία και η αναγνώριση του εγώ, οι γνωσιακές λειτουργίες, η συντήρηση και η φροντίδα της τραχειοστομίας, η δυνατότητα κατάποσης, η χρήση συσκευών για την επικοινωνία λαρυγγεκτομηθέντων, η εκτίμηση και η αντιμετώπιση της θεραπείας των προβλημάτων που προκύπτουν από τη θεραπεία όπως είναι η καταβολή και η αποδιοργάνωση, πρόγραμμα διατήρησης και βελτίωσης της εγκράτειας και των ουροδυναμικών, υδροθεραπεία και ακόμα η φυσικοθεραπεία στο σπίτι και η συμβουλευτική ψυχιατρική. Για την ώρα, δεν υπάρχουν σταθεροποιημένες και γενικώς αποδεκτές κατευθυντήριες γραμμές για το τι περιλαμβάνει η αποκατάσταση του τελικού ογκολογικού ασθενούς. Ενδεχομένως, πολλά από αυτά είναι υπερβολικά, ενδεχομένως αργότερα να αποδειχθεί ότι δεν είναι καθόλου υπερβολικά και ότι είναι απαραίτητα. Έτσι, αρκετές μελέτες γίνονται για να εκτιμήσουν την έκταση αλλά και τα αποτελέσματα και στους εσωτερικούς ασθενείς αλλά και τους ασθενείς που βρίσκονται στο σπίτι τους της ογκολογικής αποκατάστασης σε ασθενείς τελικού σταδίου. Ας μην ξεχνάμε ότι ένα *minimum* από απαιτήσεις, μπορεί να είναι η πρόληψη των διαφόρων προβλημάτων, η τόνωση των δυνατοτήτων που υπάρχουν, η υποστήριξη και τέλος η ανακούφιση. Αυτά βελτιώνουν τη λειτουργικότητα των ασθενών, διατηρούν την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησής τους, βοηθούν να παραμένει το ηθικό ψηλά και να υπάρχει αυτοεκτίμηση παρά την εξέλιξη της ασθένειας, Είναι ανακουφιστικοί όταν προσλαμβάνουν δυσάρεστες συνέπειες από ελλιπή διατροφή π.χ., καθυστερούν τις επιπλοκές του κλινοστατισμού, αντιμετωπίζουν τα αναπνευστικά προβλήματα και προβλήματα του εντέρου και της ούρησης, καθώς και τις επιπλοκές της νόσου ή και της θεραπείας, π.χ. λεμφοιδήματα. Όσο και αν φαίνεται παράξενο, η έννοια της αποκατάστασης του ασθενούς τελικού σταδίου δεν είναι καινούρια, ήδη ο Tie Cross από το 1980 είχε τονίσει την αναγκαιότητα της ύπαρξής τους. Και η αποκατάσταση και η αναπνευστική φροντίδα, έχουν ένα ρόλο στη θεραπεία σε πολλές χρόνιες νόσους προχωρημένες, και στον καρκίνο. Οι ασθενείς με καρκίνο έρχονται αντιμετώπιμοι με αρκετά προβλήματα και συμπτώματα, που έχουν και οι ασθενείς με άλλες προχωρημένες χρόνιες καταστάσεις. Τα κυριότερα από αυτά τα είπαμε προηγούμενα και είναι ο πόνος, η κόπωση, η γενικευμένη αδυναμία, η δύσπνοια, το άγχος, η ναυτία, ο έμετος και η κατάθλιψη. Και μπορούν να εφαρμοσθούν οι ίδιες θεραπευτικές προσπάθειες σε αυτούς τους ασθενείς, όπως και στους ασθενείς άλλων χρόνιων σοβαρών καταστάσεων. Σε πολλούς από τους ασθενείς με καρκίνο, η νόσος τους παραμένει μία χρόνια κατάσταση η οποία τους παρεμποδίζει σε φυσικό και ψυχολογικό επίπεδο. Η αποκατάσταση σε αυτούς τους ασθενείς, μπορεί να τους αυξήσει τη λειτουργικότητα και να τους βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε αυτές τις δύσκολες στιγμές, όταν η νόσος έχει φθάσει πια σε τελικό στάδιο και αυτός είναι ο σωστός όρος, παρά το ότι οι ασθενείς είναι τελικού σταδίου. Είναι ασθενείς με χρόνια προχωρημένη νόσο. Η νόσος είναι σε τελικό στάδιο. Ο ασθενής πάσχει από αυτήν και πρέπει να του προσφέρουμε κάθε δυνατότητα αποκατάστασης.



ΠΩΣ Η ΜΟΥΣΙΚΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΑΛΗΓΕΩΡΓΑ ΆΝΔΡΕΑ, Φυσικοθεραπεύτρια

Σκοπός τής εργασίας αυτής είναι να παρουσιαστούν οι θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής και το πώς αυτή επιδρά στους ασθενείς με καρκίνο. Η ποίηση, η ζωγραφική, η μουσική, ο χορός, το θέατρο και άλλες τέχνες δεν δημιουργούν μόνο καλά αισθήματα. Έχουν σημαντικές ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία.

Η μουσική δεν προσφέρει μόνο ευχαρίστηση, αλλά μπορεί και να **θεραπεύσει!**

Από την εποχή των αρχαίων ελλήνων μέχρι σήμερα οι φιλόσοφοι, οι ιστορικοί και οι επιστήμονες έχουν επισημάνει το ρόλο και την αποτελεσματικότητα της μουσικής στην θεραπεία πολλών νόσων που επηρεάζουν το σώμα και το ψυχικό κόσμο. Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης έκαναν αναφορές στην επίδραση που έχει η μουσική στην ίαση των ασθενών αλλά και στην βελτίωση της συμπεριφοράς στον άνθρωπο.

Οι μύθοι και οι δοξασίες γύρω από τις θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής εμφανίζονται πριν από χιλιάδες χρόνια και παρουσιάζουν κοινά στοιχεία σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς. Η ανακούφιση του πόνου είναι **θεικό έργο** αναφέρει μια αρχαία επιγραφή. Πραγματικά η ανακούφιση του πόνου είναι ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα του ανθρώπου από τότε που έκανε τα πρώτα βήματα στον κόσμο των φαρμάκων.

Όταν πριν από 200 χρόνια ο W.A. Mozart έγραφε την όπερα, ο Μαγικός Αυλός, δεν είχε φανταστεί πόσο προφητικός θα ήταν για το μέλλον της μουσικοθεραπείας. Παρόλο που η μουσική θεωρούταν ότι είχε θεραπευτικές ιδιότητες, αυτό δεν είχε παρατηρηθεί μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα. Στο πρώτο μισό όμως του αιώνα το 1950, Αμερικάνικοι επιστήμονες δημιούργησαν μια σύνθετη επιστημονική ομάδα που αποτελούσε το πρώτο επίσημο φορέα κλινικής εφαρμογής και έρευνας της μουσικοθεραπείας. . Πρέπει εδώ να αναφέρει κανείς ότι η δημιουργία της εταιρείας αυτής βασίστηκε σε μία απλή κλινική παρατήρηση που έδειχνε ότι, σε νοσοκομεία των ΗΠΑ στα οποία νοσηλεύονταν τραυματίες βετεράνοι του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, η ανάρρωση ασθενών ήταν ταχύτερη σε θαλάμους που υπήρχε «ζωντανή μουσική» σε σχέση με θαλάμους χωρίς μουσική.

Την τελευταία δεκαετία με την πρόοδο της μαγνητικής τομογραφίας και την εμφάνιση της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) έχει γίνει δυνατή η εξονυχιστική μελέτη των επιδράσεων της μουσικής στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής έχουν κινητοποιήσει αισθητά πολλούς κλινικούς γιατρούς σε διάφορες ειδικότητες, που χρησιμοποιούν τη μουσική ως συμπληρωματικό θεραπευτικό μέσο.

ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η μουσική επιδρά ιδιαίτερα ευεργετικά σε πολλές καταστάσεις και νόσους. Βασικοί στόχοι της μουσικοθεραπείας είναι:

- Η μείωση της αίσθησης του πόνου.
- Η μείωση της ψυχοσωματικής έντασης και η αύξηση της χαλάρωσης.
- Η βελτίωση ψυχικών ασθενών και ορισμένων περιπτώσεων νευρασθένειας.
- Η βελτίωση αυτιστικών παιδιών με διαταραχές λόγου ή συμπεριφοράς.
- Η φροντίδα ασθενών με εγκεφαλοπάθεια, π.χ. μετά αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Η ανακούφιση καρκινοπαθών σε τελικά στάδια.
- Η ανάρρωση χειρουργημένων ασθενών.

Η μουσικοθεραπεία, είτε με την μορφή της ενεργού μουσικοθεραπείας (active music therapy), είτε με την απλούστερη μορφή της ακρόασης μουσικής (receptive music therapy and/or music medicine), απαιτεί ειδική και μακροχρόνια εκπαίδευση. Οι διαφορές της ενεργού μουσικοθεραπείας (music therapy) και της μουσικής ακρόασης ή



μουσικής φάρμακο (music medicine) είναι ότι στην περίπτωση της μουσικής - φάρμακο χρησιμοποιείται προεπιλεγμένη μουσική ως έτοιμο ακρόαμα, δεν απαιτείται παρουσία εξειδικευμένου μουσικοθεραπευτή και δεν χρησιμοποιείται μουσικός αυτοσχεδιασμός με φωνή ή όργανα μουσικοθεραπείας όπως αυτά χρησιμοποιούνται στην ενεργό μουσικοθεραπεία.

Διαφορές της μουσικοθεραπείας φαίνονται στον παρακάτω πίνακα-(με βάση τις οδηγίες της American Music Therapy Association, AMTA 1999)

Πίνακας: Χαρακτηριστικά δύο ειδών μουσικοθεραπείας

	Music Therapy	Music Medicine
Μουσική	ναι	ναι
Προ-επιλογή μουσικής	όχι	ναι
Σχέση θεραπευτή-ασθενή	ναι	όχι
Παρουσία θεραπευτή	ναι	όχι
Ακρόαση μουσικής	ναι	ναι
Αυτοσχεδιασμός	ναι	όχι
Σύνθεση	ναι	όχι
Ενεργή δραστηριότητα	ναι	όχι
Art therapy*	ναι	όχι

Πρόσφατες επιστημονικές εργασίες θεμελιώνουν αντικειμενικά την ευεργετική επίδραση της μουσικής σε μεγάλες ομάδες νοσημάτων. Συγκεκριμένα αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η μουσική προκαλεί χαλάρωση η οποία μειώνει σημαντικά το αίσθημα του πόνου σε **καρκινοπαθείς**. Ακούγοντας μουσική, φαίνεται ότι ενεργοποιείται η παραγωγή, η απελευθέρωση ενδορφινών, ουσιών που συμβάλλουν βιοχημικά στην ελάττωση της αντίληψης του πόνου και στο γενικό αίσθημα ευεξίας. Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι όταν χρησιμοποιείται μαζί με τη συμβατική θεραπεία, η μουσικοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει να μειώσει τον πόνο και να ανακουφίσει τις επιπτώσεις από τη χημειοθεραπεία όπως την ναυτία και τον εμετό. Μπορεί επίσης να ανακουφίσει την πίεση και να παρέχει μια γενική αίσθηση ευημερίας. Μερικοί άνθρωποι θεωρούν ότι η μουσικοθεραπεία μπορεί να ενισχύσει την υγειονομική περίθαλψη των ασθενών ογκολογίας με την προώθηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της συνεργασίας. Διάφορες κλινικές δοκιμές έχουν παρουσιάσει το όφελος της μουσικοθεραπείας για το βραχυπρόθεσμο πόνο, συμπεριλαμβανομένου του πόνου από τον καρκίνο. Ακόμα μελέτες στα πανεπιστήμια της Minnesota, Stanford, Bryan Memorial, Orlando έδειξαν ότι η μουσική μπορεί να ελαττώνει την καρδιακή συχνότητα, και την αρτηριακή πίεση σε καρδιοπαθείς ακόμη και σε επίπεδο νοσηλείας στην εντατική μονάδα. Έχει αποδειχθεί ότι η μείωση της συχνότητας του καρδιακού παλμού και της αρτηριακής πίεσης σχετίζεται με ελάττωση στο αίμα του επιπέδου των ορμονών που σχετίζονται με το στρες, όπως η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη, ενώ φαίνεται ότι η χαλάρωση μέσω μουσικής μπορεί να επιδρά ακόμη και στα επίπεδα της αυξητικής ορμόνης και των β-ενδορφινών



Η μουσικοθεραπεία δεν μπορεί να θεραπεύσει τον καρκίνο ή άλλες ασθένειες, αλλά οι επιστήμονες θεωρούν ότι μπορεί **να μειώσει μερικά συμπτώματα, να βοηθήσει τη θεραπεία, να βελτιώσει τη φυσική κατάσταση, και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών.**

Η μουσική που θα προτιμηθεί δεν είναι ένα συγκεκριμένο είδος. Κανένα είδος μουσικής δεν θεωρείται αποτελεσματικότερο από τα άλλα. Η επιλογή της μουσικής εξαρτάται από της μουσικές προτιμήσεις των ασθενών, καθώς και από τις εξατομικευμένες συνθήκες και απαιτήσεις της θεραπείας.

Γενικός στόχος της μουσικοθεραπείας αποτελεί η αύξηση της αισιόδοξης στάσης και της θετικής σκέψης στα προβλήματα της ζωής, στοιχεία που συμβάλλουν στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος.

B' ENOTHTA

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σπύρος Κυβέλλος, Ιατρός

*Γενικός Γραμματέας Έρευνας Διεθνούς Ακαδημίας Κλασικής Ομοιοπαθητικής
Επιστ.Συνεργάτης Ομοιοπαθητικής, Ιατρείου Κεφαλαλγίας, Γεν.Νοσ.Αθηνών «Γ.Γεννηματάς»*

Περίληψη

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, την τελευταία εικοσαετία, στον αναπτυσσόμενο κόσμο, καταγράφεται μία όλο και αυξανόμενη τάση των ασθενών παγκοσμίως, να αναζητούν θεραπεία στις αναφερόμενες ως εναλλακτικές ή συμπληρωματικές θεραπείες. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ένα μεγάλο μέρος αυτών, είναι ογκολογικοί ασθενείς οι οποίοι κυρίως αναζητούν θεραπεία παράλληλα με την συμβατική αγωγή που ακολουθούν, σπανιότερα δε, λαμβάνουν εναλλακτική αγωγή κατ' αποκλειστικότητα. Η αναγκαιότητα για σωστή τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και της προσφοράς της κάθε θεραπευτικής παρέμβασης, μέσω των σύγχρονων ιατρικών απαιτήσεων "Evidence Based Medicine", αλλά και η ανάγκη ειλικρινούς επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς και ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων συμπεριλαμβανομένων και των εναλλακτικών-συμπληρωματικών, φαίνεται άκρως απαραίτητη για το συνολικό θεραπευτικό όφελος του ογκολογικού ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Εναλλακτικές-συμπληρωματικές θεραπείες, ογκολογική αποκατάσταση, καρκίνος, Ομοιοπαθητική, Βελονισμός.

Εισαγωγή

Οι εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες, εμπίπτουν σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην γενικότερη κατηγορία των παραδοσιακών ιατρικών με τον τίτλο "Traditional Medicine" και αναφέρονται ως: "Alternative and Complementary Medicine-CAM" όπως ευρέως έχουν γίνει αποδεκτές από την διεθνή ιατρική βιβλιογραφία. Υπολογίζεται ότι τα ποσοστά του πληθυσμού που έχει κάνει τουλάχιστον μία φορά χρήση εναλλακτικών-συμπληρωματικών θεραπειών, είναι υψηλά παγκοσμίως όπως για παράδειγμα 75% στη Γαλλία, 70% στον Καναδά, 42% στις ΗΠΑ, 38% στο Βέλγιο. Στην Κίνα 40% όλων των κεφαλαίων σχετικά με την υγεία, αφορούν παραδοσιακές θεραπευτικές μέθοδοι. Η μεγάλη ζήτηση των θεραπειών αυτών από τον πληθυσμό παγκοσμίως, οδήγησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να εκδώσει ειδική πολυσέλιδη αναφορά με τίτλο "WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005", υπό την εποπτεία της Dr Xiaogui Zhang.(1) Στην έκδοση αυτή γίνεται σαφής προτροπή στις Υγειονομικές και Ακαδημαϊκές αρχές των χωρών μελών να ενισχύσουν την εκπαίδευση και την έρευνα στις αξιολογότερες και αποτελεσματικότερες από τις εναλλακτικές θεραπείες.

Στην Ευρώπη, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, υπολογίζεται ότι ποσοστό 33% του πληθυσμού των 25 κρατών μελών, χρησιμοποιούν εναλλακτικές ή συμπληρωματικές ιατρικές μεθόδους. Το 1997 ανετέθη στον Paul Lanoye να συντάξει μία εκτενή αναφορά εκ μέρους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τις μεθόδους αυτές. Στην αναφορά γίνεται σαφής διαχωρισμός μεταξύ εναλλακτικών (θεραπευτικές μέθοδοι που συνιστούν ολοκληρωμένες θεραπείες: Ομοιοπαθητική, Βελονισμός, Φυτοθεραπεία) και συμπληρωματικών μεθόδων (Οστεοπαθητική, φυσικοπαθητική, ρεφλεξολογία κ.α., που συμπληρώνουν κάποια συμβατική ή εναλλακτική ιατρική μέθοδο). Γίνεται προτροπή στα Κράτη Μέλη να κινητοποιηθούν άμεσα, εκπονώντας μελέτες για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των μεθόδων, να αναγνωρίσουν επίσημα τις τεκμηριωμένες μεθόδους, να υποστηριχθούν τα επαγγελματικά δικαιώματα των ιατρών που τις ασκούν και να δοθούν κονδύλια για περαιτέρω διεύρυνση της βασικής και κλινικής έρευνας. (2)

Εναλλακτικές Θεραπευτικές Μέθοδοι και Ογκολογία

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ένα σημαντικό μέρος των ασθενών που χρησιμοποιούν εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους είναι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Το 2005 δημοσιεύτηκε στο περιοδικό "Annals of Oncology" μια μελέτη χιλίων περίπου ογκολογικών ασθενών από 14 Ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και από την Ελλάδα (3). Στη μελέτη φάνηκε ότι οι Εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπευτικές μέθοδοι (CAM), χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς σε μέσο ποσοστό 35,9% (από 14,8 % έως 73,1 % ανάλογα με τη χώρα). Καταγράφηκαν 58 διαφορετικές CAM, εκ των οποίων οι πιο δημοφιλείς ήταν η φυτοθεραπεία, η Ομοιοπαθητική και τα συμπληρώματα με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Πολυπαραμετρικές αναλύσεις έδειξαν ότι στο προφίλ των ασθενών που απευθύνεται και χρησιμοποιεί CAM, ήταν νεότεροι σε ηλικία, περισσότερο γυναίκες και με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Οι πληροφορίες για την αναζήτηση εναλλακτικών μεθόδων, έρχονταν κυρίως από φίλους, συγγενείς και τα ΜΜΕ, και πολύ λιγότερο από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν τις θεραπευτικές αυτές μεθόδους με στόχο να «αυξήσουν την ικανότητα του ανοσοποιητικού τους να αντισταθεί και να πολεμήσει τον καρκίνο» καθώς και για γενικότερη σωματική και ψυχική ευεξία. Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν κακοήθειες γαστρεντερικού, μαστού και πνευμόνων και κατά 82% ελάμβαναν ήδη και συμβατική αγωγή. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι είναι ευχαριστημένοι από τις προσδοκίες τους και μόνο 4,4% ανέφερε κάποια παρενέργεια. Ποσοστό 22,4% ανέφερε όντως βελτίωση της ικανότητας του ανοσοποιητικού ενάντια στη νόσο, ενώ ποσοστό 45,4% και 42,8% ανέφερε βελτίωση στην σωματική και ψυχική ευεξία, αντιστοίχως. Το συνολικό ποσοστό 35,9%, δηλαδή ότι το ένα τρίτο των ογκολογικών ασθενών γενικά στην Ευρώπη χρησιμοποιούν CAM, είναι λίγο μικρότερο από το αντίστοιχο των ασθενών στις ΗΠΑ, που υπολογίστηκε με μελέτες στο 40%, ενώ στη Νότια Αμερική, λόγω των εθνολογικών και οικονομικών παραμέτρων είναι πολύ ψηλότερο. Τέλος είναι άξιο λόγου να αναφερθεί ότι το μικρότερο ποσοστό χρήσης εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπευτικών μεθόδων από όλες τις χώρες που συμμετείχαν ήταν στην Ελλάδα. Οι ερευνητές απέδωσαν αυτό το ποσοστό σε λόγους όπως α) δυσκολία πρόσβασης σε τέτοιες θεραπείες β) μειωμένη ελαστικότητα και ευελιξία της συμβατικής αγωγής γ) απόκρυψη της παραδοχής χρήσης. Πράγματι αναφέρθηκε ότι μεγάλο μέρος των ασθενών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ζήτησαν να μην αποκαλυφθεί στους συμβατικούς θεράποντες ιατρούς τους, ότι χρησιμοποιούν παράλληλα και εναλλακτικές ή συμπληρωματικές θεραπευτικές μεθόδους. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα, σύμφωνα με την μελέτη, ικανό ποσοστό των ερωτηθέντων που χρησιμοποιούσαν φυτοθεραπεία, χρησιμοποιούσαν επίσης και πάστα από φύλλα ελιάς και αυτό αντανάκλα αρκετά την επίδραση των ΜΜΕ στο θέμα. Οι ερευνητές αυτής της μεγαλύτερης μέχρι σήμερα μελέτης σχετικά με τη χρήση των CAM από ογκολογικούς ασθενείς, καταλήγουν στο συμπέρασμα της επιτακτικής ανάγκης να ενημερωθούν και να διερευνηθούν οι θεράποντες ιατροί βιβλιογραφικά την χρησιμότητα των θεραπειών αυτών, ώστε να ενημερώνουν οι ίδιοι επίσημα τους ασθενείς και να τους προτείνουν επίσημες και ασφαλείς συνεργασίες στα πλαίσια ενός ολιστικού μοντέλου αντιμετώπισης της νόσου.

Δημοσίευση στο περιοδικό "Bull Cancer" τον Νοέμβριο του 2007 (4), ανέδειξε τη χρήση εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων μεταξύ των Γάλλων ογκολογικών ασθενών σε 34%, με κύρια χρήση της Ομοιοπαθητικής (42%), φυτοθεραπείας (27%), βελονισμού (22%) και βιταμινών (18%). Ο κύριος λόγος της παράλληλης χρήσης δεν ήταν η θεραπεία της κακοήθειας αλλά η μείωση των παρενεργειών της συμβατικής θεραπείας (ποσοστό 66%). Και σε αυτή τη μελέτη αποκαλύφθηκε ότι πάνω από τους μισούς ασθενείς δεν αποκάλυπταν στους θεράποντες ιατρούς τους την εναλλακτική θεραπευτική χρήση που ακολουθούσαν, κυρίως διότι δεν ερωτήθηκαν ποτέ. Η μελέτη τονίζει την ανάγκη της ειλικρινούς επικοινωνίας ιατρού ασθενούς ώστε να ανιχνεύονται και οι πιθανές αλληλεπιδράσεις αλλά και θετικές συνέργειες συμβατικής και εναλλακτικής θεραπευτικής μεθόδου.

Μελέτη δημοσιευμένη το περιοδικό "Homeopathy" του επίσημου ιατρικού Ομοιοπαθητικού Βρετανικού Συλλόγου, διερεύνησε τη συλλογή κλινικών δεδομένων των εξωτερικών ασθενών των πέντε Ομοιοπαθητικών Νοσοκομείων της Μ.Βρετανίας που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Ανάμεσα σε τριάντα περίπου διαφορετικά νοσήματα, έκτο σε σειρά επίπτωσης στους εξωτερικούς ασθενείς των Νοσοκομείων, ήταν ο καρκίνος του μαστού. (5)

Σε μία άλλη Γαλλική μελέτη σε δύο δημόσια Νοσοκομεία, δημοσιευμένη το 2007 στο "Bull Cancer", περίπου ένας στους τρεις ασθενείς που ελάμβαναν χημειοθεραπεία, έκαναν παράλληλα και χρήση εναλλακτικών θεραπειών, κυρίως Ομοιοπαθητικής (60%) για την μείωση των παρενεργειών. Από αυτούς, ένας στους τρεις δεν το ανέφερε στον ογκολόγο του. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς ανέφεραν σημαντική επικουρική βοήθεια της εναλλακτικής θεραπείας στη φυσική κατάσταση, κόπωση και σύνδρομο ναυτίας-εμέτου μετά τη χημειοθεραπεία, αποτελέσματα που συνάδουν με αντίστοιχα άλλων Ευρωπαϊκών μελετών.(6)

Βελονισμός και ογκολογία (Δρ. Απ. Αποστολόπουλος, Παθολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πατρών, Διπλωματούχος Βελονισμού E.C.P.D.): Σημαντικό συνολικό ποσοστό Δυτικών Ιατρών πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα του βελονισμού (51%), της χειροπρακτικής (53%) και του μασάζ (48%). Σε μερικές Δυτικές χώρες υψηλό ποσοστό ιατρών εφαρμόζουν ή συστήνουν θεραπείες Σ.Ε.Ι. με σημαντικές διακυμάνσεις των ποσοστών αναλόγως της χώρας. Ο μέσος όρος των ιατρών αυτών κυμαίνεται στις μελέτες από 17 – 19% για τον βελονισμό (8). Ο βελονισμός αποτελεί την 4η πιο δημοφιλή μεταξύ των ογκολογικών ασθενών, συμπληρωματική παρέμβαση και την 1η σε αποδοχή μεταξύ της ιατρικής κοινότητας. Δημοσιευμένες μελέτες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του βελονισμού στη μείωση της ναυτίας και του εμέτου που δημιουργεί η χημειοθεραπεία σε ασθενείς με μαστεκτομή (9), στις αγγειοκινητικές διαταραχές (10), στην ξηροστομία (11) και στην ανθεκτική στην πιλοκαρπίνη ξηροστομία από ακτινοθεραπεία (12). Πρόσφατες ενδείξεις της κλινικής έρευνας βεβαιώνουν ότι ο βελονισμός είναι ωφέλιμος όχι μόνο στην ναυτία και την τάση έμετου την σχετιζόμενη με την χημειοθεραπεία αλλά και στον ίδιο τον καρκινικό πόνο (13). Η εκτίμηση των ερευνητών είναι ότι οι ογκολογικοί ασθενείς έχουν εμπειρία ενός μεγάλου εύρους συμπτωμάτων κατά την διάρκεια και μετά την συμπλήρωση των χημειοθεραπειών. Μερικά από αυτά τα συμπτώματα επιμένουν επί έτη ή δεκαετίες. Με τις φαρμακολογικές θεραπείες ελέγχεται σημαντικός αριθμός συμπτωμάτων αλλά μπορούν να προκύψουν επίμονες δυσίατες παρενέργειες. Οι συμπληρωματικές θεραπείες δεν είναι επιθετικές, δεν είναι ακριβές, επιλέγονται από τους ίδιους τους ασθενείς και είναι χρήσιμες στον έλεγχο των συμπτωμάτων και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής (14).

Ομοιοπαθητική και Ογκολογία: Από τις μελέτες που έχουν ήδη αναφερθεί, προκύπτει ότι η δεύτερη πιο διαδεδομένη εναλλακτική φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιούν οι ογκολογικοί ασθενείς είναι η Ομοιοπαθητική. Οι ασθενείς χρησιμοποιούν Ομοιοπαθητική θεραπεία, με στόχο την ενίσχυση της άμυνάς τους για να αντιμετωπίσει καλύτερα την κακοήθεια, αλλά και για μείωση των παρενεργειών της παράλληλης συμβατικής αγωγής. Σε μία μελέτη του τμήματος Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον, φάνηκε η ευεργετική δράση της Ομοιοπαθητικής εξατομικευμένης θεραπείας (ένα φάρμακο διαφορετικό για κάθε ασθενή), έναντι του συνδυασμού ομοιοπαθητικών φαρμάκων και έναντι του placebo, στα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα ασθενών που υπέστησαν μαστεκτομή. Το σημαντικότερο είναι ότι οι ασθενείς εμφάνιζαν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σύμφωνα με το τεστ SF-36, ένα χρόνο μετά (15). Η εξατομικευμένη Ομοιοπαθητική θεραπεία φάνηκε επίσης εξαιρετικά επιτυχής στην αντιμετώπιση του κνησμού ύστερα από ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο μαστού, σε ποσοστό 84%, σε μία μελέτη του Τμήματος Ακτινοθεραπείας του Πανεπιστημίου της Βιέννης (16). Σε μία άλλη μελέτη του Ομοιοπαθητικού Νοσοκομείου του Μπρίστολ, που ανήκει στο Εθνικό Βρετανικό σύστημα υγείας, τα έγκυρα τεστ για το άγχος Hospital Anxiety and Depression Scale, και το επίπεδο ζωής Quality of Life questionnaire-Core 30, έδειξαν ότι στους ογκολογικούς ασθενείς που έκαναν Ομοιοπαθητική συμπληρωματικά για διάφορα επίμονα συμπτώματα, η συνολική τους ικανοποίηση με τη θεραπεία ανήλθε σε 75% (17). Έντονη όμως είναι και η δραστηριότητα σε επίπεδο βασικής έρευνας, που αφορά την αντικαρκινική δράση ομοιοπαθητικών σκευασμάτων σε σειρές καρκινικών κυττάρων. Όπως αυτή που αφορά το ομοιοπαθητικό φάρμακο Sabal serulata που προέρχεται από το φυτό Saw Palmetto, και την ειδική δράση στον καρκίνο του προστάτη η οποία φάνηκε και στις in vitro εξειδικευμένες μετρήσεις, αλλά και η νίκο στα πειραματόζωα με μακροσκοπική μείωση του όγκου.(18)

Εξαιρετικό ενδιαφέρον για την θεραπευτική επίδραση της Ομοιοπαθητικής θεραπείας στους ογκολογικούς ασθενείς, έχουν οι παρατηρήσεις που αφορούν την κατάταξή τους, ανάμεσα σε ασθενείς άλλων νοσημάτων, στα επίπεδα υγείας, σύμφωνα με τη θεωρία "The levels of Health" του βραβευμένου με το εναλλακτικό βραβείο Νόμπελ 1996, Καθ.Γεωργίου

Βυθούλκα (19). Σύμφωνα με αυτήν, η ικανότητα ή η αδυναμία του ανοσοποιητικού συστήματος να αντιδράσει σε εξωγενείς νοσογόνους παράγοντες και να εκδηλώσει ισχυρή λοίμωξη με υψηλό πυρετό, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην κατάταξη του ασθενούς σε υψηλό ή χαμηλό επίπεδο υγείας, σχετιζόμενο άμεσα και με την πρόγνωση. Είναι κλινικά παρατηρημένο και απαιτεί ενδελεχούς αναδρομικής έρευνας, το γεγονός ότι σε ασθενείς με σοβαρά εκφυλιστικά νοσήματα, μειώνεται σταδιακά η επίπτωση σε οξείες λοιμώξεις με υψηλό πυρετό. Αυτή η αδυναμία του ανοσοποιητικού συστήματος συνιστά ένδειξη χαμηλότερου επιπέδου υγείας. (Πίνακας 1). Ως εκ τούτου υπό την επίδραση μίας θεραπείας, μία αντίστροφη πορεία, δηλαδή μία επανεμφάνιση μίας οξείας λοίμωξης του ατομικού αναμνηστικού του ασθενούς, ιδιαίτερα με υψηλό πυρετό, αποτελεί ένδειξη καλής ανταπόκρισης του ασθενούς με χρόνια εκφυλιστικό νόσημα. Μολονότι οι ογκολογικοί ασθενείς, κατατάσσονται ως επί το πλείστον στο χαμηλότερο επίπεδο υγείας, οπότε η θεραπευτική ικανότητα του Ομοιοπαθητικού φαρμάκου μειώνεται, ωστόσο το φαινόμενο της θεραπευτικής κρίσης και της επανεμφάνισης προδιαθέσεων του ατομικού αναμνηστικού του ασθενούς, ύστερα από τη θεραπεία, όταν παρατηρείται, υποδηλώνει μία δυναμική αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος που πρέπει να αξιοποιηθεί καταλλήλως. Σε ασθενείς που παρουσιάσουν τέτοια αντίδραση με την Ομοιοπαθητική θεραπεία, η συμβολή της τελευταίας θα είναι εκτός από ανακουφιστική και θεραπευτική. Η συνθήκη αυτή αναφέρεται στη βιβλιογραφία εκτενώς και από παρατηρήσεις συμβατικών ιατρών. Το 2003 στο περιοδικό Postgrad.Medical Journal, δημοσιεύεται μία ανασκόπηση της προσπάθειας του ιατρού Dr William Coley, που έζησε στα τέλη του 1800, να αναστείλει την εξέλιξη καρκινικών όγκων, μέσω εμβολιασμού νεκρών παθογόνων βακτηριδίων στον πάσχοντα. Ο Coley, είχε παρατηρήσει και καταγράψει τη θετική επίδραση της δημιουργίας πυρετού στον οργανισμό πασχόντων από καρκίνο. Οι συγγραφείς εξηγούν ότι το ανοσοποιητικό σύστημα έχει ένα διπλό ρόλο που σχετίζεται με την ακεραιότητα του οργανισμού: αφενός στην άμυνα εναντίον παθογόνων μικροοργανισμών, αφετέρου στην ιστική αποκατάσταση. Οι όγκοι κατά την επέκτασή τους, οδηγούν στην απελευθέρωση κυτοκινών, που έλκουν λευκοκύτταρα, οδηγώντας σε μία κατάσταση ιστικής αποκατάστασης, προς όφελος όμως του όγκου. Πλήθος μακροφάγων παρατηρούνται σε ταχέως αναπτυσσόμενους όγκους. Η είσοδος ενός παθογόνου μικρο-οργανισμού αναστέλλει αυτή τη διαδικασία (20). Στην Ομοιοπαθητική Ιατρική παρατηρείται συχνότατα, η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενούς με χρόνια νόσημα, να οδηγεί στην επανεμφάνιση μίας οξείας λοίμωξης του παρελθόντος, ενώ ταυτόχρονα οι κλινικοί και εργαστηριακοί δείκτες του νοσήματος βελτιώνονται. Αυτό παρατηρείται ιδιαίτερα στα αυτοάνοσα νοσήματα. Εάν αυτό συμβεί σε ογκολογικό ασθενή, υποδηλώνει καλύτερη πρόγνωση.

Εξαγωγή συμπερασμάτων από την βιβλιογραφία

Από την ανάγνωση των δημοσιευμένων μελετών σχετικά με τη χρήση εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπευτικών μεθόδων στα πλαίσια της ογκολογικής αποκατάστασης, προκύπτουν τα εξής χρήσιμα συμπεράσματα:

- Η χρήση των μεθόδων αυτών από τους ογκολογικούς ασθενείς, με κυρίαρχες την Ομοιοπαθητική τον Βελονισμό και τη Φυτοθεραπεία είναι ένα αδιαμφισβήτητο γεγονός, μία πραγματικότητα που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν.
- Η ειλικρινής αντιμετώπιση αυτής της πραγματικότητας από τον συμβατικό ογκολόγο θα συντελέσει στην, αντιστοίχως, ειλικρινή συνεργασία του ασθενούς, ο οποίος δεν θα πρέπει να αισθάνεται αναγκαία για οποιοδήποτε λόγο την απόκρυψη της χρήσης αυτής.
- Δεδομένης της αύξησης της χρήσης των εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων από τους ογκολογικούς ασθενείς, θα πρέπει αφενός οι ογκολόγοι να ενημερώνονται για τις δημοσιευμένες μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα, επικουρική βοήθεια, ασφάλεια και συνέργεια των μεθόδων αυτών με τη συμβατική θεραπεία, αφετέρου να δίδεται επαρκές έδαφος για την εκπόνηση επιστημονικών μελετών ώστε να τεκμηριώνονται επαρκώς τα παραπάνω.
- Οι περισσότερες δημοσιευμένες μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων, αφορούν στη μείωση των παρενεργειών από τη συμβατική αγωγή και αναφέρουν θετικά αποτελέσματα κυρίως για την Ομοιοπαθητική και τον Βελονισμό. Παράλληλα υπάρχουν δημοσιευμένες ολιγάριθμες σειρές

περιστατικών που παρουσίασαν και αξιοσημείωτη βελτίωση στην μείωση των όγκων που θα πρέπει να μελετηθούν με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια, όπως η αναφορά τεσσάρων περιστατικών στην Ινδία με όγκους πνεύμονος και οισοφάγου, στα οποία αναφέρθηκε πλήρης ύφεση μέσω ειδικού πρωτοκόλλου Ομοιοπαθητικής, και τα οποία αξιολογήθηκαν θετικά από τον Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των ΗΠΑ, στα πλαίσια της συλλογής των καλύτερα παρουσιαζόμενων ιατρικών περιστατικών "A Best Case Series Program of the National Cancer Institute USA." (7)

- Η πρόταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για ένταξη στον ορισμό των «Εναλλακτικών θεραπειών των τριών δημοφιλέστερων θεραπειών (Ομοιοπαθητικής, Βελονισμού, Φυτοθεραπείας) καθιστά αναγκαία τη χορήγησή τους μόνο από ιατρούς με άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, με εξειδίκευση στην αντίστοιχη θεραπεία. Κρίνεται δε απαραίτητη η αμέριστη και ειλικρινής επιστημονική συνεργασία του εναλλακτικού με τον συμβατικό ιατρό, για το συνολικό όφελος του ογκολογικού ασθενούς, στα πλαίσια μιας ολιστικής αντιμετώπισης της νόσου του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Διαβάθμιση Επιπέδων Υγείας σύμφωνα με την Ομοιοπαθητική Ιατρική

L1		<ul style="list-style-type: none"> •ΚΥΡΙΩΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ • ΑΜΕΣΑ ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ •ΟΧΙ ΣΥΧΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ, ΑΛΛΑ ΜΕ ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ • ΤΥΠΙΚΟΙ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ •ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ •ΗΠΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ
L2	ΥΨΗΛΗ	
L3		
L4		<ul style="list-style-type: none"> •ΟΣΟ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ, ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ, ΣΟΒΑΡΕΣ ΟΞΕΙΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ (Π.Χ. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ) • ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ •ΙΣΧΥΡΗ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ
L5		
L6		
L7		<ul style="list-style-type: none"> •ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΣΟΒΑΡΕΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ •ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ- ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΣΦΑΙΡΑΣ •ΔΕΝ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΥΧΝΑ ΟΞΕΙΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙ ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ •ΠΟΛΥ ΕΝΤΟΝΗ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ- ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
L8		
L9		
L10		<ul style="list-style-type: none"> •ΣΟΒΑΡΟΤΑΤΕΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΝΟΣΟΙ, ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΚΝΣ •ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΥΣΙΑ ΟΞΕΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ •ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ •ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ (ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ, ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΕΣ) ΜΟΝΟ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ
L11		
L12	ΧΑΜΗΛΗ	

Ομοιοπαθητική
Θεραπεία

Βιβλιογραφία

1. "WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005
2. European Forum for Complementary and Alternative Medicine <http://www.efcam.eu/content/view/16/34>
3. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, Margulies A, Browall M, Magri M, Selvekerova S, Madsen E, Milovics L, Bruyns I, Gudmundsdottir G, Hummerston S, Ahmad AM, Platin N, Kearney N, Patiraki E. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. : *Ann Oncol.* 2005 Apr;16(4):655-63.
4. Träger-Maury S, Tournigand C, Maindrault-Goebel F, Afchain P, de Gramont A, Garcia-Larnicol ML, Gervais H, Louvet C. Use of complementary medicine by cancer patients in a French oncology department. *Bull Cancer.* 2007 Nov 1;94(11):1017
5. Thompson EA, Mathie RT, Baitson ES, Barron SJ, Berkovitz SR, Brands M, Fisher P, Kirby TM, Leckridge RW, Mercer SW, Nielsen HJ, Ratsey DH, Reilly D, Roniger H, Whitmarsh TE. Towards standard setting for patient-reported outcomes in the NHS homeopathic hospitals. *Homeopathy.* 2008 Jul;97(3):114-21.
6. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot JL, Lobstein A, Rubinstein I, Schraub S. Complementary and alternative medicines taken by cancer patients. *Bull Cancer.* 2007 May 1;94(5):483-8
7. Banerji P, Campbell DR, Banerji P, Cancer patients treated with the Banerji protocols utilising homeopathic medicine: a Best Case Series Program of the National Cancer Institute USA. *Oncol Rep.* 2008 Jul;20(1):69-74.
8. J.Astin, et al., A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians. Stanford University, Los Angeles. California. *Arch intern Med.* 1998,158: 2303 – 2310
9. Shen J, Electroacupuncture for control of myeloablative chemotherapy-induced emesis: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000 Dec 6;284(21):2755-61 National Institutes of Health, Laboratory of Clinical Studies
10. Filshie, et al, Acupuncture and self acupuncture for long term treatment of vasomotor symptoms in cancer patientsJ. London, UK *Acupuncture in Medicine* 2005;23(4):171-180
11. Blom M, Lundeberg T, Long term follow-up of patients treated with acupuncture for xerostomia and the influence of additional treatment. *Oral Diseases* (2000) 6, 15-24 Dept of Physiology and Pharmacology, Karolinska Institute, Sweden.
12. Johnstone PA et al, Acupuncture for pilocarpine-resistant xerostomia following radiotherapy for head and neck malignancies. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001 Jun 1;50(2):353-7 Radiation Oncology Service, Naval Medical Center, San Diego, California.
13. Lu W., Acupuncture for side effects of chemoradiation therapy in cancer patients. Dana Farber Cancer Institute, Boston, USA. *Semin Oncol Nurs.* 2005 Aug;21(3):190-5.
14. Wesa K,et.al.,Integrative oncology: complementary therapies for cancer survivors. Memorial Cancer Center, New York, USA. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2008 Apr;22(2):343-53
15. Jacobs J, Herman P, Heron K, Olsen S, Vaughters L. Homeopathy for menopausal symptoms in breast cancer survivors: a preliminary randomized controlled trial. *J Altern Complement Med.* 2005 Feb;11(1):21-7
16. Schlappack O, Homeopathic treatment of radiation-induced itching in breast cancer patients. A prospective observational study. *Homeopathy.* 2004 Oct;93(4):210-5.
17. Thompson EA, Reilly D. The homeopathic approach to symptom control in the cancer patient: a prospective observational study. *Palliat Med.* 2002 May;16(3):227-33
18. Brian W. MacLaughlin, BS, Babett Gutmuths, PharmD, PhD, Ewald Pretner, MD, Wayne B. Jonas, MD, John Ives, PhD, Don Victor Kulawardane, MD, DTH, DCH, and Hakima Amri, PhD. Effects of Homeopathic Preparations on Human Prostate Cancer Growth in Cellular and Animal Models. *Integr Cancer Ther* 2006; 5; 362
19. Γ.Βυθούλκα. Η επιστήμη της Ομοιοπαθητικής. Εκδόσεις Κέντρου Ομοιοπαθητικής Ιατρικής. Αθήνα 1990
20. S A Hopton Cann, J P van Netten and C van Netten. Dr William Coley and tumour regression: a place in history or in the future. *Postgrad. Med. J.* 2003;79:672-680.

ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ: ΕΙΝΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙ ΕΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΛΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ;

Nico Pauly, P.T., M.T., MNT.

Στη διάλεξη αυτή θα διερευνήσουμε τα ακόλουθα ζητήματα:

1. Τι είναι η Νευροθεραπεία δια χειρισμών (MNT): ορισμός και τεχνικές.
2. Το μοντέλο κλινικής αιτιολόγησης, καθώς και το μοντέλο αντιμετώπισης με MNT.
3. Το άλγος καρκίνου συγκρινόμενο με αυτό το μοντέλο άλγους κλινικής αιτιολογίας.
4. Πώς προσεγγίζεται το άλγος καρκίνου από την φυσιοθεραπεία και την χρήση της MNT;
5. Ένα μοντέλο θεραπευτικής αγωγής.

1. Τι είναι η Νευροθεραπεία δια χειρισμών (MNT)

Η Νευροθεραπεία δια χειρισμών είναι μία προχωρημένη θεραπευτική μέθοδος χειρισμών για λειτουργικές διαταραχές στο μυοσκελετικό σύστημα και στο σύστημα των σπλάχνων. Η θεραπευτική αγωγή εστιάζει στις μεταβολές στο περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ), στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) ως αιτία ή ως συνέπεια κάποιας βλάβης ιστών / περιβάλλοντος ή κάποιας δυνητικής βλάβης ιστών / περιβάλλοντος στο σώμα.

Βλάβη ιστών ή δυνητική βλάβη ιστών σημαίνει: κυτταρική βλάβη ή σχεδόν (δυνητική) κυτταρική βλάβη σε διάφορους ιστούς του σώματος όπως μύες, οστά, τένοντες, νεύρα, αιμοφόρα αγγεία κλπ... Βλάβη περιβάλλοντος σημαίνει ερεθίσματα από το εξωτερικό του σώματος που απειλούν τις φυσιολογικές ανθρώπινες λειτουργίες. Αυτά τα ερεθίσματα μπορεί να είναι: θόρυβος, φως, οσμή, μεταβολές του καιρού, τοξίνες στον αέρα, απειλητικές κοινωνικές επαφές κλπ... Τα ερεθίσματα αυτά μπορεί ακόμη και να προκαλέσουν βλάβη στους ιστούς.

Η MNT είναι μία προχωρημένη θεραπευτική μέθοδος όπου ειδικές νευροαντακλαστικές τεχνικές επί του σώματος συνδυάζονται με νευρορεφλεξολογία.

Είναι μία «**δια χειρισμών**» θεραπευτική μέθοδος λόγω της εφαρμογής τεχνικών χειρισμών στο μυοσκελετικό σύστημα και στο σύστημα των σπλάχνων (οργάνων).

Είναι μία «**νευρο-**» θεραπευτική μέθοδος λόγω της εφαρμογής τεχνικών «αντακλαστικών» στο ΠΝΣ, στο ΚΝΣ και στο ΑΝΣ.

Αυτές οι τεχνικές αναπτύσσονται σε 3 επίπεδα και συνδυάζονται πάντα με NR.:

1. τεχνικές νευροαντακλαστικής τριβής των μαλακών μορίων (NSFT),
2. τεχνικές συντονισμού της σπονδυλικής στήλης (SP),
3. κινητοποίηση των σπλάχνων (οργάνων) (VM),
4. νευροαντακλαστικά σημεία στο σκελετό του ποδιού (NR).

Τι είναι τα νευροαντακλαστικά σημεία στο σκελετό του ποδιού

Τα νευροαντακλαστικά σημεία (NRP) εφαρμόζονται ασκώντας σταθερή πίεση στα διάφορα οστά του σκελετού του ποδιού, χρησιμοποιώντας την δομή των οστών της πρώτης φάλαγγας του αντίχειρα ή της φάλαγγας του δείκτη. Εάν το νεύρο ή οι ιστοί στόχος δυσλειτουργούν, τα σημεία θα αντιδράσουν εκλύοντας άλγος. Η πίεση διατηρείται μέχρι να φύγει το άλγος (όχι πάντως περισσότερο από 15 δευτερόλεπτα). Έως τότε μπορεί να παρατηρηθεί κάποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα στους ιστούς στόχο ή στο νεύρο ή στη νευρική δομή.

Κάποια σημεία ενδεχομένως να αντιδράσουν εκλύοντας αυξανόμενο άλγος ή παρατεταμένο άλγος. Σε αυτή την περίπτωση δεν θα υπάρξει θεραπευτική μεταβολή στους ιστούς στόχο.

Τι είναι οι τεχνικές νευροαντακλαστικής τριβής των μαλακών μορίων

Πρόκειται για μία τεχνική μαλάξεων που εφαρμόζεται στα μαλακά μέρη της πλάτης, των ποδιών, των χεριών, του αυχένα και της περιοχής του κρανίου. Μικρές κυκλικές τριβές, χρησιμοποιώντας κυρίως τα ακροδάχτυλα, εφαρμόζονται στις ζώνες συνδετικού ιστού μεταξύ των μυών και των οστών, στους χώρους μεταξύ των μυών, κατά μήκος των τενόντων και κατά μήκος των περιφερικών νεύρων. Η κατεύθυνση των τριβών είναι πάντα από το κέντρο προς την περιφέρεια, ακολουθώντας τα τοπικά περιφερικά νεύρα.

Τα περιφερικά νεύρα όπως και η παροχή αίματος και λέμφου βρίσκουν το δρόμο τους προς τους ιστούς στόχο μέσα στον συνδετικό ιστό μεταξύ των μυών και των οστών καθώς και των μυών μεταξύ τους.

Εκτός από τις μακρο-NSFT επί των μακρών οδών των περιφερικών νεύρων υπάρχει επίσης και η εφαρμογή των μικρο-NSFT επί των τοπικών νευρικών απολήξεων.

Σκοπός των NSFT είναι να προκληθεί μία ταχεία νευροαντακλαστική αντίδραση στα περιφερικά νεύρα ώστε να αποκατασταθεί:

- ο μυϊκός τόνος,
- η παροχή αίματος,
- η λεμφική ροή,
- η ροή του αζονοπλάσματος,
- το άλγος.

Οι NSFT εφαρμόζονται για σύντομα χρονικά διαστήματα (5 έως 7 λεπτά). Εάν οι ιστοί στόχος δεν αντιδράσουν σε αυτές τις ώσεις με μείωση του μυϊκού τόνου ή με ελάττωση του άλγους, ο θεραπευτής της MNT θα παρέμβει σε αυτές τις ζώνες εφαρμόζοντας τα νευροαντακλαστικά σημεία στο σκελετό του ποδιού.

Τι είναι ο συντονισμός της σπονδυλικής στήλης

Στην MNT πρωταρχικός σκοπός είναι η αποκατάσταση της λειτουργικής κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης. Η σπονδυλική στήλη περιβάλλει τον νωτιαίο μυελό, το πρώτο επίπεδο όπου αποκωδικοποιούνται και ρυθμίζονται τα επώδυνα ή τα πιθανώς επώδυνα ερεθίσματα. Η σπονδυλική στήλη και οι μύες που περιβάλλουν μία ή περισσότερες μοίρες αυτής είναι τα πρώτα που θα αντιδράσουν σε ώσεις από τον νωτιαίο μυελό με μεταβολές του μυϊκού τόνου. Επίσης τα περιφερικά νεύρα όλου σχεδόν του σώματος εκφύονται από τον νωτιαίο μυελό κι εξέρχονται από τα μεσοσπονδύλια τρήματα. Επιπλέον η σπονδυλική στήλη είναι η κύρια δομή που εξασφαλίζει καλή στατική και δυναμική κινητική συμπεριφορά. Η αποκατάσταση της κινητικότητας και της σταθερότητας της σπονδυλικής στήλης επιδρά:

- σε ολόκληρες τις οδούς του κινητικού ελέγχου,
- στη λειτουργία των περιφερικών νεύρων,
- στη ρύθμιση των νευρικών ώσεων στον νωτιαίο μυελό.

Στην MNT τεχνικές κινητοποίησης και χειρισμών διαφορετικών μοιρών ή περισσότερων μοιρών μαζί εφαρμόζονται στην σπονδυλική στήλη με τη μορφή περιστροφών, επιμηκύνσεων, διαχωρισμών, υψηλής ταχύτητας ώσεων και τα λοιπά... Όλες αυτές οι τεχνικές συγκαταλέγονται στον όρο Συντονισμός της Σπονδυλικής Στήλης.

Με όλες τις ανωτέρω τεχνικές επιδιώκεται να δοθούν ρυθμιστικές ώσεις σε διάφορα επίπεδα του νωτιαίου μυελού προκειμένου να μειωθούν τα οχληρά ερεθίσματα στο νωτιαίο κέρασ. Επιστημονική βάση του ST αποτελεί η θεωρία της πύλης ελέγχου των Melzack και Wall. Παρατηρώντας προσεκτικά ώστε στις τεχνικές να διεγερθούν μόνο ταχέως μυελινομένες νευρικές απολήξεις, ο θεραπευτής της MNT θέλει να ελαττώσει τα επώδυνα ερεθίσματα που εισέρχονται στον νωτιαίο μυελό. Ο συντονισμός της σπονδυλικής στήλης εφαρμόζεται πάντα χωρίς άλγος και μόνο εάν ο ασθενής αισθάνεται συγκινησιακά άνετα να δεχθεί αυτές τις τεχνικές.

Τι είναι η κινητοποίηση των σπλάχνων

Οι τεχνικές VM εφαρμόζονται στην περιοχή της ζώνης του στομάχου. Τα σπλαχνικά όργανα συνδέονται με το μυοσκελετικό σύστημα μέσω της περιτονίας. Τα όργανα αντιδρούν έντονα στις ώσεις του ANΣ σε περιπτώσεις παθοφυσιολογικών αντιδράσεων του νευρικού συστήματος σε άλγος. Ειδικά το συμπαθητικό νευρικό σύστημα έχει

διάφορες κοινές θέσεις όπου σπλαχνικά και μυοσκελετικά νευρικά ερεθίσματα ενοποιούνται όπως συμβαίνει στο πλάγιο κέρασ του νωτιαίου μυελού από τον Α8 έως τον Ο2 και στα παρασπονδυλικά γάγγλια. Τα όργανα μπορεί να αντιδράσουν σε ερεθίσματα άλγους με ελάττωση της κινητικότητας και της λειτουργίας. Η εφαρμογή τεχνικών κινητοποίησης στην περιοχή του στομάχου και στο διάφραγμα βοηθάει:

- στην αύξηση της κινητικότητας,
- στη βελτίωση των κινήσεων ολίσθησης στη συνδετική περιτονία,
- στην αύξηση της ροής του αίματος και της λέμφου
- στη διέγερση της δραστηριότητας του πνευμονογαστρικού νεύρου και ως εκ τούτου του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος.

2. Η συγκεκριμένη κλινική αιτιολόγηση του άλγους και το μοντέλο αντιμετώπισης με ΜΝΤ

Όλες οι διαφορετικές τεχνικές εστιάζουν στο να παρέμβουν στα διάφορα τμήματα του νευρικού συστήματος που εμπλέκονται στο άλγος των ασθενών. Αυτά τα τμήματα μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις βαθμίδες: μεταβολές στο ΠΝΣ, μεταβολές στο ΚΝΣ, μεταβολές στο ΑΝΣ και ψυχοσυναισθηματικές μεταβολές.



Σε όλα αυτά τα στάδια ο θεραπευτής της ΜΝΤ μπορεί να παρέμβει χρησιμοποιώντας τα Νευροαντακλαστικά Σημεία. Ο θεραπευτής της ΜΝΤ θα συνδυάσει τα ΝΡΡ με τις ειδικές τεχνικές της ΜΝΤ. Για το ΠΝΣ ο θεραπευτής / η θεραπεύτρια μπορεί να προσθέσει Τεχνικές Νευροαντακλαστικής Τριβής των Μαλακών Μορίων και Συντονισμό της Σπονδυλικής Στήλης μαζί με τα ΝΡΡ. Για το ΑΝΣ μπορεί επίσης να προσθέσει NSFT επηρεάζοντας τις ορθοσυμπαθητικές νευρικές απολήξεις στα περιφερικά νεύρα ή τεχνικές ST στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης για το συμπαθητικό νευρικό σύστημα είτε στην άνω αυχενική περιοχή και στην περιοχή του κρανίου για το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα.

Εφαρμόζοντας επιπλέον κινητοποίηση των σπλάχνων μπορεί να επηρεάσει μεταβολές στο ΑΝΣ. Σε όλες αυτές τις παρεμβάσεις τα ΝΡΡ παίζουν τον σπουδαιότερο ρόλο.

3. Το άλγος καρκίνου που αντιστοιχεί σε αυτό το μοντέλο άλγους κλινικής αιτιολογίας

Η έρευνα για το άλγος καρκίνου δεν είναι τόσο παλιά. Μόλις την τελευταία δεκαετία η έρευνα καταπιάστηκε με το μοντέλο καρκίνου των οστών σε ζώα. Από τις γενικές μελέτες μαθαίνουμε ότι, για το άλγος καρκίνου, είναι δυνατόν να βρεθούν ειδικοί παράγοντες πυροδότησης του πόνου στο περιφερικό, στο κεντρικό και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα.

A. Μεταβολές στα περιφερικά νεύρα

Τα νεοπλάσματα απελευθερώνουν πολλούς φλεγμονώδεις παράγοντες όπως βραδυκίνη, προσταγλανδίνες, κυτοκίνες και αυξητικούς παράγοντες. Όλοι αυτοί οι παράγοντες είναι γνωστοί για τις δυνατότητές τους να ευαισθητοποιούν πρωτεύοντες κεντρομόλους νευρώνες (Woolf, Allchorne, et al. 1997). Τα μακροφάγα, που αντιπροσωπεύουν το 20-30% των νεοπλασμάτων, παράγουν ιντερλευκίνη-1 και τον παράγοντα νέκρωσης του νεοπλάσματος, τα οποία είναι εξίσου γνωστά για τις ικανότητές τους να ευαισθητοποιούν πρωτεύοντες κεντρομόλους νευρώνες (Sorkin, Xiao, et al. 1997).

Για αυτό τον λόγο είναι πολύ σημαντικό για τον θεραπευτή της Νευροθεραπείας δια χειρισμών να γνωρίζει την ακριβή θέση του νεοπλάσματος ή των μεταστάσεων του. Οι απολήξεις των εγγύς περιφερικών νεύρων πιθανώς να έχουν ευαισθητοποιηθεί παρουσιάζοντας αλλοδυνία ή υπεραλγησία.

B. Μεταβολές στο νωτιαίο μυελό και στα νωτιαία γάγγλια

Σε μοντέλα καρκίνου των οστών και σε μοντέλα μεταστάσεων στα οστά υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η ευαισθητοποίηση των απολήξεων των περιφερικών νεύρων προεκτείνεται μέσα στις μοίρες του νωτιαίου μυελού που ανήκουν στους εν λόγω κεντρομόλους νευρώνες. Οι πιο συνήθεις μεταβολές είναι:

- έκκριση πρωτεΐνης γ-Fos
- έκκριση δυνορφίνης
- έκκριση της ουσίας P από νευρώνες
- έκκριση αστρογλοΐωσης

Αυτές οι μεταβολές μπορούν επίσης να παρουσιαστούν στα νωτιαία γάγγλια.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες υποδεικνύουν πως οι μοίρες του νωτιαίου μυελού μπορούν να ευαισθητοποιηθούν από τα ερεθίσματα των περιφερικών νεύρων (Schwei, Honore, et al. 1999), (Luger, Honore, et al. 2001).

Για τον θεραπευτή της Νευροθεραπείας δια χειρισμών αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αναζητήσει την επαναρύθμιση στα σπονδυλικά τμήματα, που συνδέονται με τα περιφερικά νεύρα. Η εκδήλωση της ευαισθητοποίησης κεράτων του νωτιαίου μυελού μπορεί να αξιολογηθεί με έλεγχο αλλοδυνίας και υπεραλγησίας.

Γ. Μεταβολές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα

Είναι προφανές ότι οι ίδιες ερεθιστικές χημικές ουσίες μπορούν να ευαισθητοποιήσουν πρωτεύοντες κεντρομόλους νευρώνες, μεταφερόμενες από τα νεύρα του αυτόνομου νευρικού συστήματος στα αιμοφόρα αγγεία, στα λεμφαγγεία και στα όργανα. Τις περισσότερες φορές τα νεοπλάσματα στα όργανα θα αυξήσουν τη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος καθώς οι περισσότεροι πρωτεύοντες κεντρομόλοι νευρώνες συνδέονται με οδούς αυτού του συστήματος.

Για τον θεραπευτή της Νευροθεραπείας δια χειρισμών αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ψάξει για δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος.

Από την άλλη πλευρά, οξέωση προκαλούμενη από νεοπλάσματα ή κυτταρική καταστροφή ενδέχεται να ευαισθητοποιήσει πρωτεύοντες κεντρομόλους νευρώνες (Luger, Honore, et al. 2001), (Woolf, Allchorne, et al. 1997). Επίσης οι χημικοί παράγοντες της χημειοθεραπείας μπορεί να επιφέρουν γενικευμένη οξέωση στο ήπαρ και στην πεπτική οδό. Το γεγονός αυτό επίσης θα αυξήσει την δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος.

Βέβαια, όταν η δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος υπερισχύει εκείνης του παρασυμπαθητικού συστήματος τότε απαιτείται διέγερση της λειτουργίας του δευτέρου.

Δ. Μεταβολές στην ψυχοσυναισθηματική συμπεριφορά

Δεν χρειάζεται να υπογραμμίσουμε τις πολλαπλές ψυχοσυναισθηματικές μεταβολές που παρουσιάζονται σε ασθενείς με άλγος καρκίνου (Strang 1998), (Thielking 2003).

Για τον θεραπευτή της Νευροθεραπείας δια χειρισμών, οι ορμονικές μεταβολές και οι μεταβολές στην δραστηριότητα του εγκεφαλικού στελέχους που προκαλούνται από αυτές τις ψυχοσυναισθηματικές συμπεριφορές είναι σημαντικές. Μπορούν να επηρεάσουν για παράδειγμα τον ορμονικό άξονα P.T.A. (υπόφυση- θυρεοειδής- επινεφρίδια). Υποβοηθώντας το νευροενδοκρινικό σύστημα είναι δυνατόν ακόμη και να υποστηριχτεί η συμπεριφορά του ασθενούς.

4. Ένα μοντέλο θεραπευτικής αγωγής σύμφωνα με την **Νευροθεραπεία δια χειρισμών**

A. Λήψη ιστορικού

Όπως σε κάθε άλλη φυσιοθεραπευτική συνεδρία, η συνεδρία της MNT θα αρχίσει με τη λήψη του ιστορικού. Σε αυτό το μέρος δίνεται μεγάλη προσοχή στα εξής:

- στον εντοπισμό του άλγους
- εάν το άλγος προβάλλεται κι εξαπλώνεται παραπέρα
- εάν το άλγος εντοπίζεται σε ένα ή περισσότερα δερμοτόμια
- εάν υπάρχει άλγος τη νύχτα
- εάν υπάρχει άλγος σε κίνηση ή σε ανάπαυση

Ενδείξεις για ευαισθητοποίηση από το άλγος θα αποτελούν:

- άλγος τη νύχτα
- άλγος σε ανάπαυση
- εξάπλωση του άλγους

B. Αξιολόγηση της κίνησης

Κατά δεύτερον, ασφαλώς, ο θεραπευτής θα αξιολογήσει την κίνηση των αρθρώσεων, των τενόντων και των μυών που εμπλέκονται στο άλγος.

Γ. Νευρογενής αξιολόγηση

Ωστόσο το πιο σημαντικό εργαλείο είναι η κλινική νευρογενής αξιολόγηση. Για τα περιφερικά νεύρα και τον νωτιαίο μυελό, η αξιολόγηση πραγματοποιείται μετρώντας την αλλοδυνία και την υπεραλγησία με κινήσεις δίκην βουρτσίσματος και τσιμπημάτων.

Η εξέταση αρχίζει στη θέση του άλγους · έπειτα διατρέχει τα δερμοτόμια που συνδέονται με αυτή την θέση. Η εξέταση θα συνεχιστεί επάνω σε δερμοτόμια που βρίσκονται σε υψηλότερες ή χαμηλότερες θέσεις από εκείνη του άλγους. Τέλος θα εξετασθούν οι μοίρες της σπονδυλικής στήλης. Τα ευρήματα των κινήσεων δίκην βουρτσίσματος και τσιμπημάτων συγκρίνονται πάντα με εκείνα σε κάποια ουδέτερη ζώνη, κυρίως στην αντίπλευρη θέση.

Με τις κινήσεις δίκην βουρτσίσματος και τσιμπημάτων, ο θεραπευτής της MNT δύναται να:

- προσδιορίσει τα περιφερικά νεύρα που εμπλέκονται στο άλγος
- προσδιορίσει τις μοίρες του νωτιαίου μυελού που εμπλέκονται στο άλγος
- προσδιορίσει εάν το άλγος οφείλεται σε τοπική περιφερική διέγερση (πρωτογενής υπεραλγησία) ή
- οφείλεται σε κεντρική ευαισθητοποίηση του νωτιαίου μυελού.

Για το συμπαθητικό σύστημα, η εξέταση του δέρματος επάνω και γύρω από την σπονδυλική στήλη είναι το πιο σύνθητες εργαλείο, ιδιαίτερα η δοκιμασία πύχωσης του δέρματος. Μη φυσιολογικές αντιδράσεις των δερματικών ζωνών όπως ερυθρότητα, οίδημα και εφίδρωση υποδεικνύουν υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος. Αυτές οι ζώνες του Head μπορούν να μεταφραστούν σε τμηματικά συνδεδεμένες δομές και όργανα.

Συμπληρώνοντας τα τέσσερα βέλη του διαγράμματος άλγους ο θεραπευτής της MNT μπορεί να διακρίνει κάποιο παθοφυσιολογικό μηχανισμό στο άλγος των ασθενών και τις πιο σημαντικές προκλήσεις. Αυτοί οι μηχανισμοί θα τον οδηγήσουν σε ένα καλά τεκμηριωμένο σχέδιο θεραπευτικής αγωγής.

- σε περιπτώσεις εξαιρετικά ευαισθητοποιημένων μοιρών του νωτιαίου μυελού είναι καλύτερα να αρχίζει αμέσως από την σπονδυλική στήλη
- σε περιπτώσεις έντονης δραστηριότητας του συμπαθητικού συστήματος είναι καλύτερα να αρχίζει από εκεί.

Δ. Θεραπευτική αγωγή

Γενικά η θεραπευτική αγωγή αρχίζει με τεχνικές NSFT. Ο μυϊκός τόνος πρέπει να βελτιωθεί σε μερικά λεπτά αλλιώς τα NRP των περιφερικών νεύρων θα υποβοηθήσουν. Κινητοποίηση των αρθρώσεων με μικρή φόρτιση και σε μικρό εύρος

ενδεχομένως να βοηθήσει στην παροχέτευση των φλεγμονωδών χημικών ουσιών.

Σε όλα τα στάδια, κινητοποιήσεις, τεχνικές NSFT και NRP μπορούν να παρεμβληθούν στις διαφορετικές βαθμίδες των υπερφορτισμένων νεύρων και του νευρικού συστήματος.

Αυτές οι παρεμβάσεις έχουν μόνο ένα στόχο: να προσπαθήσουν να αποκαταστήσουν την ισορροπία στο νευρικό σύστημα και στο σώμα καθώς και να ελαττώσουν το άλγος.

Μη φαρμακολογικές και μη επεμβατικές τεχνικές συχνά βοηθούν τους ασθενείς με άλγος καρκίνου. Μαλάξεις, χαλάρωση, TENS, μικρής φόρτισης κίνηση και άσκηση μπορεί να έχουν καλή επίδραση στο άλγος και στο ψυχοσυναισθηματικό stress (Pujol & Monti 2007), (Robb, Oxberry, et al. 2008), (Wilkinson, Barnes, et al. 2008).

Η MNT είναι μάλλον ένας νέος τρόπος διαχείρισης του άλγους. Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει ότι μπορεί να αποτελεί ένα ωφέλιμο εργαλείο σε καταστάσεις άλγους του κινητικού συστήματος (Poole Helen, Glenn Sheila, et al. 2007), (Quinn, Hughes, et al. 2008), (Samuel C.A. & Ebenezer I.S. 2007), (Pujol & Monti 2007), (Robb, Oxberry, et al. 2008), (Wilkinson, Barnes, et al. 2008).

Απαιτούνται περαιτέρω δοκιμές και μελέτες για να εξακριβωθεί εάν η MNT είναι εξίσου καλή και στην θεραπευτική αγωγή του άλγους καρκίνου. Όμως το γεγονός ότι η MNT παρεμβαίνει στις μεταβολές του νευρικού συστήματος που προκαλούνται από τον καρκίνο, αποτελεί ήδη μία καλή ένδειξη για να την δοκιμάσουμε.

Βιβλιογραφία

1. Luger, N.M., Honore, P., Sabino, M.A., Schwei, M.J., Rogers, S.D., Mach, D.B., Clohisy, D.R. & Mantyh, P.W. (2001) Osteoprotegerin diminishes advanced bone cancer pain. *Cancer Res*, **61**, 4038-47.
2. Poole Helen, Glenn Sheila & Murphy Peter (2007) A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. *European Journal of Pain*, **11**, 878-887.
3. Pujol, L.A. & Monti, D.A. (2007) Managing cancer pain with nonpharmacologic and complementary therapies. *J Am Osteopath Assoc*, **107**, ES15-21.
4. Quinn, F., Hughes, C.M. & Baxter, G.D. (2008) Reflexology in the management of low back pain: a pilot randomised controlled trial. *Complement Ther Med*, **16**, 3-8.
5. Robb, K., Oxberry, S.G., Bennett, M.I., Johnson, M.I., Simpson, K.H. & Searle, R.D. (2008) A Cochrane Systematic Review of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Cancer Pain. *J Pain Symptom Manage*.
6. Samuel C.A. & Ebenezer I.S. (2007) The effects of reflexology on pain threshold and tolerance in an ice-pain experiment in healthy human subjects'. *Forschende Komplementarmedizin*, **14**, 15.
7. Schwei, M.J., Honore, P., Rogers, S.D., Salak-Johnson, J.L., Finke, M.P., Ramnaraine, M.L., Clohisy, D.R. & Mantyh, P.W. (1999) Neurochemical and cellular reorganization of the spinal cord in a murine model of bone cancer pain. *J Neurosci*, **19**, 10886-97.
8. Sorkin, L.S., Xiao, W.H., Wagner, R. & Myers, R.R. (1997) Tumour necrosis factor-alpha induces ectopic activity in nociceptive primary afferent fibres. *Neuroscience*, **81**, 255-62.
9. Strang, P. (1998) Cancer pain--a provoker of emotional, social and existential distress. *Acta Oncol*, **37**, 641-4.
10. Thielking, P.D. (2003) Cancer pain and anxiety. *Curr Pain Headache Rep*, **7**, 249-61.
11. Wilkinson, S., Barnes, K. & Storey, L. (2008) Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *J Adv Nurs*, **63**, 430-9.
12. Woolf, C.J., Allchorne, A., Safieh-Garabedian, B. & Poole, S. (1997) Cytokines, nerve growth factor and inflammatory hyperalgesia: the contribution of tumour necrosis factor alpha. *Br J Pharmacol*, **121**, 417-24.



NICO PAULI

Ο Νίκο Πάουλι είναι φυσιοθεραπευτής με εμπειρία 35 ετών σε ιδιωτικό ιατρείο στο Βέλγιο. Μόλις ολοκλήρωσε τη βασική εκπαίδευση στη φυσιοθεραπεία, παρακολούθησε αρκετά εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα όπως της Θεραπείας με ήπιους χειρισμούς (Manual Therapy - από τον Kaltenborn, Νορβηγία), της Νευροδυναμικής Θεραπείας (Neurodynamic Therapy - από τον Butler, Ολλανδία), του Κινητικού Ελέγχου (Motor Control - από τον Commerford, Ηνωμένο Βασίλειο), και της Κρανιοϊερής Θεραπείας (AOC – Βέλγιο). Ιδιαίτερα όμως του κέντρισε το

ενδιαφέρον η εκπαίδευση στη Νευροθεραπεία δια χειρισμών (Manual Neurotherapy – Froneberg, Γερμανία).

Ήδη από την αρχή της βασικής εκπαίδευσης επικεντρώθηκε στο νευρικό σύστημα. Η Νευροθεραπεία δια χειρισμών του έδωσε την ευκαιρία να εργαστεί και να χειριστεί ολοκληρωτικά το νευρικό σύστημα. Αργότερα έγινε μέλος του International Association of Pain (IASP). Μετά από πολλά έτη εντατικής μελέτης του πόνου, ανέπτυξε ένα νέο κλινικό μοντέλο θεραπείας των ασθενών με φυσιοθεραπεία και ιδιαίτερα με Νευροθεραπεία μέσω χειρισμών. Το μοντέλο αυτό, το μοντέλο κλινικής αιτιολόγησης και αντιμετώπισης του άλγους, απετέλεσε την επιστημονική βάση της ενασχόλησής του με τη Νευροθεραπεία δια χειρισμών.

Ο Νίκο Πάουλι είναι ένας ιδιαίτερα γνωστός εκπαιδευτής Νευρορεφλεξολογίας, Νευροθεραπείας δια χειρισμών και φυσιολογίας του πόνου. Παραθέτει εκπαιδευτικά σεμινάρια και ομιλίες σε διάφορες χώρες εντός και εκτός Ευρώπης.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ – ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Δάφνη Μπακαλίδου, Μ.Σc., Φυσικοθεραπεύτρια
Καθηγήτρια Εφαρμογών Α. Τ.Ε.Ι. Αθήνας

Η θεραπεία των όγκων του εγκεφάλου και της Σ.Σ. κατά την τελευταία εικοσαετία προχώρησε σε τέτοιο βαθμό, ώστε για αρκετούς ασθενείς να είναι μια χρόνια πάθηση. Το τίμημα της αυξημένης μακροβιότητας είναι κάποιου βαθμού – μικρό ή μεγάλο- λειτουργικό έλλειμμα ως αποτέλεσμα του όγκου ή της θεραπείας του όγκου.

Η αποκατάσταση πρόσφατα έδειξε κάποιες καινοτόμες πρακτικές και ειδικές παρεμβάσεις αλλά τα σημαντικά πλεονεκτήματα είναι περισσότερο θεωρητικά παρά πρακτικά.

Σύμφωνα με την επικρατούσα αντίληψη, η αποκατάσταση όγκου Κ.Ν.Σ. μπορεί να ορισθεί ως μια διαδικασία που βοηθά τον καρκινοπαθή ασθενή να πετύχει το μέγιστο των λειτουργικών δυνατοτήτων του μέσα στα όρια που επιτρέπει η νόσος και η θεραπεία της νόσου.

Οι πρώτοι επιστήμονες που αναγνώρισαν τις ιδιαιτερότητες της αποκατάστασης ογκολογικών ασθενών είναι οι Rusk, Dietz, Delateur κ.τ.λ. κατά τη δεκαετία του 1970. Η αποκατάσταση ογκολογικού ασθενή απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικών επιστημόνων με κοινό στόχο την ποιότητα ζωής του ασθενή. Η τυπική ομάδα αποτελείται από:

- φυσίατρο,
- νοσηλεύτη,
- φυσικοθεραπευτή,
- εργοθεραπευτή,
- κοινωνικό λειτουργό,
- ψυχολόγο ή ψυχίατρο,
- λογοθεραπευτή,
- φαρμακοποιό,
- διατροφολόγο και
- ιερέα.

Κοινό σημείο αναφοράς για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα των διαφόρων ειδικοτήτων είναι η προσέγγιση του ογκολογικού ασθενή, η οποία μετακινήθηκε από την κλασική ιατρική αντίληψη προς μια περισσότερο ψυχολογική και κοινωνιολογική. Έχει αναγνωρισθεί η ανάγκη για οργανωμένες και ειδικές υπηρεσίες αποκατάστασης με σκοπό την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και της οικογενείας του.

Σύμφωνα με τον Dietz, ο οποίος πρώτος εισήγαγε την εφαρμογή κατάλληλου προγράμματος αποκατάστασης σε καρκινοπαθείς, τα είδη παρέμβασης είναι τα εξής:

1. **Preventive-Προληπτική**
2. **Restorative-Αποκατάστασης-Επαναφοράς**
3. **Supportive-Υποστηρικτική**
4. **Palliative-Παρηγορητική**

1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ

Σε αυτή τη φάση η θεραπευτική παρέμβαση έχει στόχο να μειώσει τη βαρύτητα της αναμενόμενης αναπηρίας αλλά και τη διάρκεια της πριν αυτή αναπτυχθεί.

2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ - ΕΠΑΝΑΦΟΡΑΣ

Σε αυτή τη φάση, ο ασθενής αναμένεται ότι θα επιστρέψει περίπου στα επίπεδα της λειτουργικής του δραστηριότητας πριν από τη νόσο. Ο στόχος είναι να σχεδιασθεί με επιτυχία η επιστροφή του στη παραγωγική εργασία.

3. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ

Σε αυτή τη φάση, η εξέλιξη της νόσου έχει ελεγχθεί και ο ασθενής είναι σε κάποιο βαθμό δραστήριος και παραγωγικός με εμφανή όμως κάποια λειτουργικά ελλείμματα και ίσως μια αργά εξελισσόμενη αναπηρία. Στόχος της παρέμβασης είναι ο μερικός έλεγχος των ελλειμμάτων και η υποστήριξη του με κατάλληλη φροντίδα και εκπαίδευση.

4. ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ

Σε αυτή τη φάση, η αναπηρία αυξάνεται εξαιτίας της πορείας της νόσου. Ο στόχος είναι να αντιμετωπιστούν με κατάλληλο πρόγραμμα και φροντίδα ως ένα βαθμό ορισμένα μόνο από τα συμπτώματα και τις επιπλοκές, που διαφορετικά θα εξελίσσονταν γρήγορα και δραματικά, όπως συγκάμψεις, κατακλίσεις, πόνος, κατάθλιψη κ.τ.λ.

Τα ελλείμματα και οι μορφές αναπηρίας στους ογκολογικούς – νευρολογικούς ασθενείς οφείλονται:

1. Στη θέση του όγκου καθώς και στο είδος του.
2. Στη θεραπεία της νόσου
 - Χειρουργική
 - Χημειοθεραπεία
 - Ακτινοθεραπεία
 - Φαρμακευτική
 - Σε συνδυασμούς των ανωτέρω.

Οι ασθενείς με όγκο στον εγκέφαλο πιθανό να εμφανίσουν τα κάτωθι ελλείμματα:

1. Κινητικές διαταραχές,
2. Αισθητικές διαταραχές,
3. Αγνωσίες,
4. Διαταραχές όρασης,
5. Διαταραχές λόγου,
6. Διαταραχές μνήμης,
7. Διαταραχές προσωπικότητας,
8. Μειωμένη εγρήγορση,
9. Διαταραχές ισορροπίας,
10. Αταξία,
11. Κόπωση,
12. Μειωμένη αντοχή και
13. Δυσκολίες κατάποσης.

Ως συνέπεια των ανωτέρω ο ασθενής εμφανίζει κάποια λειτουργικά ελλείμματα που περιορίζουν σημαντικά τη λειτουργική του δραστηριότητα και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής του.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ

1. Μειωμένη κινητικότητα
 - Δυσκολίες στη βάρδιση και
 - Δυσκολίες στη μετακίνηση στο κρεβάτι, καρέκλα, αναπηρικό αμαξίδιο.

2. Μειωμένη ικανότητα αυτοϊπηρετήσης
 - Ντύσιμο,
 - Σίτιση,
 - Μπάνιο.
3. Γνωσιακές δυσκολίες
4. Μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας
5. Μειωμένη ικανότητα σίτισης
6. Μειωμένη ικανότητα εργασίας.

Τα παραπάνω ελλείμματα είναι πιθανόν να συνοδεύονται από προβλήματα που δημιουργούν η ανάπαυση και η ακινησία.

1. Πνευμονία,
2. Κατακλίσεις,
3. Συγκάμψεις,
4. Πόνος.

Από το σύνολο των ελλειμμάτων που πιθανώς να αντιμετωπίσει ο ασθενής με όγκο εγκεφάλου, γεννάται εύλογα το ερώτημα: *Πόσο ικανοποιητική μπορεί να είναι η λειτουργική αποκατάσταση του ασθενή;*

Η απάντηση έχει άμεση σχέση με την ικανότητα εκπαίδευσης του καρκινοπαθή όπως αυτή προσδιορίζεται από το σύνολο των προβλημάτων που δημιουργεί ο όγκος και η θεραπεία του.

Ο γενικός σχεδιασμός του προγράμματος αποκατάστασης, την ευθύνη του οποίου έχει ο φυσίατρος, περιλαμβάνει αρχικά την αξιολόγηση των προβλημάτων που σχετίζονται με:

1. Το είδος και το στάδιο του όγκου,
2. Τα συμπτώματα και την ένταση τους,
3. Τα λειτουργικά ελλείμματα,
4. Τη λειτουργικότητα στις καθημερινές δραστηριότητες,
5. Τον πόνο και την κόπωση,
6. Την υποστήριξη του ασθενή και
7. Την εκπαίδευση της οικογένειας.

Οι στόχοι του προγράμματος αποσκοπούν:

1. στη βελτίωση των ελλειμμάτων,
2. στην πρόληψη επιπλοκών,
3. στην επανόρθωση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενή και
4. στην ποιότητα ζωής του, η οποία διαφοροποιείται σε κάθε στάδιο της πορείας της νόσου.

Ειδικά για τον ογκολογικό ασθενή, η ποιότητα ζωής δεν συνδέεται απαραίτητα με τη λειτουργική ανεξαρτησία του. Ο ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου, η ποιότητα ζωής έχει άμεση συνάρτηση με την ανακούφιση των συμπτωμάτων που τον ταλαιπωρούν και όχι με τη λειτουργική ανεξαρτησία του.

Το πρόγραμμα είναι εξατομικευμένο σε όλη την πορεία της νόσου και αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τα νέα στοιχεία που προκύπτουν. Στις προηγμένες χώρες, ο αριθμός των ασθενών που επιβιώνουν συνεχώς αυξάνεται και οι υπηρεσίες αποκατάστασης ευθύνονται για τη σημαντική βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Οι ασθενείς δέχονται αυτές τις υπηρεσίες είτε ενδονοσοκομειακά είτε παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση.

Για τους εσωτερικούς ασθενείς στην οξεία φάση αποκατάστασης προτείνεται 3h θεραπείας ή και περισσότερο ανάλογα με τα ελλείμματα, την αντοχή και την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης. Αργότερα, στην υποξεία, η χρονική διάρκεια του προγράμματος περιορίζεται σε 1-2h καθημερινά.

Για τους εξωτερικούς ασθενείς, το πρόγραμμα περιλαμβάνει 3-6h την ημέρα και έως 3-5 ημέρες την εβδομάδα.

Όσον αφορά την κατ' οίκον νοσηλεία του ασθενή, οι υπηρεσίες αποκατάστασης μπορεί να πραγματοποιούν 2-3 επισκέψεις την εβδομάδα.

Το 'φορτωμένο' πρόγραμμα αποκατάστασης προϋποθέτει τη συνύπαρξη και στενή συνεργασία επιστημόνων πολλών ειδικοτήτων και για αυτό το λόγο οι φροντίδες και οι υπηρεσίες που θα καλύψουν τον ασθενή πρέπει να βρίσκονται στον ίδιο χώρο, ώστε οι θεραπευτικές παρεμβάσεις να γίνονται απρόσκοπτα, ολοκληρωμένα και χωρίς καθυστέρηση. Οι παρεμβάσεις σχεδιαστικά διαμορφώνονται μέσα σε ένα 'Multidisciplinary and Interdisciplinary approach'.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αφορούν ζητήματα:

1. Κινητικής επανεκπαίδευσης, η οποία διαχειρίζεται:

- Διαταραχές μυϊκού τόνου
- Ισορροπία (σε καθιστή και όρθια θέση)
- Βάδιση (σε ομαλή και ανώμαλη επιφάνεια, άνοδος και κάθοδος κλίμακας, με ή χωρίς βοήθεια)
- Ικανότητα χρήσης αναπηρικού αμαξιδίου
- Εκπαίδευση μεταφοράς
- Αύξηση αντοχής

Είναι πιθανή η ανάγκη εφαρμογής ορθοτικών μέσων καθώς και η χρήση βοηθημάτων στη βάδιση και στις μετακινήσεις του ασθενή.

2. Εργοθεραπείας

- Εκπαίδευση του ασθενή, ώστε να αυτουπηρετείται στις καθημερινές του δραστηριότητες (ντύσιμο, σίτιση, μπάνιο, μαγείρεμα)
- Κατάλληλος εξοπλισμός που να διευκολύνει τη μετακίνηση και την αυτουπηρετήσή του
- Τροποποιήσεις στο χώρο του σπιτιού (κουζίνα, μπάνιο) για την αποτελεσματικότερη χρήση αυτών των χώρων.

3. Λογοθεραπείας

- Προβλήματα δυσκαταποσίας – δυσφαγίας, τα οποία ανάλογα με την έκτασή τους πιθανόν να καθορίσουν τον τρόπο σίτισης.
- Επανεκπαίδευση της ομιλίας αν αυτή έχει διαταραχθεί.

Ο πόνος και η κόπωση αποτελούν δύο σημαντικά προβλήματα που ταλαιπωρούν τον ογκολογικό ασθενή.

Ο πόνος είναι ένα κεφάλαιο μεγίστης σημασίας στην παρέμβαση αποκατάστασης και ασχολούνται ειδικοί επιστήμονες για την ανακούφιση του ασθενή.

Όσον αφορά στην **κόπωση**, αυτή συνδέεται με τη θεραπεία του όγκου και:

- Εμφανίζεται σε ποσοστό 70 – 100% των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.
- Εξακολουθεί να υφίσταται ως σύμπτωμα στο 20– 40% των ασθενών που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους.
- Αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό σύμπτωμα στο 75% και πλέον ποσοστό ασθενών με μεταστατικό όγκο.

Πρόκειται για ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο το οποίο έχει αιτίες και παράγοντες που το προκαλούν. Εκδηλώνεται ως σωματικό ή ψυχολογικό σύμπτωμα ή και τα δύο μαζί. Περιορίζει σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή και επομένως την ποιότητα ζωής του.

Η κόπωση συνδέεται με σημαντικούς παράγοντες όπως:

- Η αεροβική ικανότητα,
 - Μυϊκή αδυναμία,
 - Μειωμένη δραστηριότητα,
- αλλά και με ψυχολογικούς όπως:
- Κατάθλιψη,
 - Αβεβαιότητα,
 - Ανησυχία,
 - Μειωμένη αυτοπεποίθηση,
 - Διαταραχές ύπνου κ.ά.

Ικανός αριθμός μελετών αναφέρει την αποτελεσματικότητα της σωματικής άσκησης στην ελάττωση της κόπωσης του ογκολογικού ασθενή. Επειδή η κόπωση είναι πολυδιάστατο πρόβλημα, ο ασθενής χρειάζεται ένα πολυδιάστατο πρόγραμμα αποκατάστασης για την αντιμετώπισή της και περιλαμβάνει:

- Εξατομικευμένο πρόγραμμα ασκήσεων,
 - Άθληση,
 - Πληροφόρηση και
 - Ψυχολογική εκπαίδευση.
- Σε ένα τέτοιο πρόγραμμα υποβάλλονται **μόνο** οι ασθενείς:
- Που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους,
 - Υπάρχει προσδόκιμο ζωής μεγαλύτερο του ενός έτους και
 - Έχουν τη δυνατότητα αποκατάστασης.

Στα πλαίσια του προγράμματος περιλαμβάνεται και η εκπαίδευση της οικογένειας:

- Εκπαίδευση των φροντιστών του ασθενή,
- Εκμάθηση των σωστών θέσεων του ασθενή στο κρεβάτι για την αποφυγή συγκάμψεων,
- Έλεγχος του δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων και
- Εκπαίδευση μεταφοράς του ασθενή από το κρεβάτι στην καρέκλα και το αναπηρικό αμαξίδιο.

Το βάρος της ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή και της οικογένειας του το αναλαμβάνουν οι ειδικοί επιστήμονες –μέλη της ομάδας αποκατάστασης, ψυχίατρος ή ψυχολόγος- από τη διάγνωση έως το τελικό στάδιο. Οφείλουν όλα τα μέλη της ομάδας να προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή που την έχει ανάγκη. Αυτό επιτυγχάνεται με την κατάλληλη προσέγγιση μέσω του θεραπευτικού προγράμματος. Το ερώτημα είναι πόσο κατάλληλα εκπαιδευμένα είναι τα μέλη της ομάδας ώστε να προσεγγίζουν αποτελεσματικά τον ογκολογικό ασθενή. Σε κάποιες χώρες της ΕΕ (Μεγάλη Βρετανία) προβληματίζονται για το ενδεχόμενο μια νέας Φ/θ ειδικότητας, αυτής του ογκολογικού ασθενή. Αυτό είναι σε πλήρη συμφωνία με τη σύγχρονη αντίληψη της αποκατάστασης ογκολογικού ασθενή, δηλαδή η φιλοσοφική βάση όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων να προσανατολίζεται στην προσέγγιση, διότι έτσι επιτυγχάνεται το μέγιστο αποτέλεσμα.

Σύμφωνα με τελευταία στοιχεία το 82% των ασθενών επιθυμεί να επιστρέψει στην εργασία του. Όμως μόνο το 56% από αυτούς το επιτυγχάνει. Η οδήγηση περιορίζεται σημαντικά, διότι επιληπτικές κρίσεις, καθώς και διαταραχές κρίσης και μνήμης αποτελούν αντένδειξη για οδήγηση.

Ως συμπέρασμα, οι ασθενείς με όγκο στον εγκέφαλο παρουσιάζουν αρκετά ελλείμματα και ανικανότητα σε πολλές λειτουργίες. Το πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να βελτιώσει την λειτουργική ικανότητα και ποιότητα ζωής του ασθενή. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης πρέπει να είναι προσανατολισμένες στα ειδικά προβλήματα και στην προσέγγιση του ασθενή και της οικογένειάς του και να τον παρακολουθούν σε όλες τις φάσεις της πορείας της νόσου.

Βιβλιογραφία

1. The oncologist, Vol.11, No 2, 184 – 196, February 2006. Cancer – Related Fatigue: Predictors and Effects of Rehabilitation
2. Cancer and Rehabilitation. Article by Robert J. Kaplan
3. Randall L Braddom. Physical Medicine and Rehabilitation. Sanders – 2000, Chapter 57, Principles of Cancer Rehabilitation.
4. Journal of Psychosomatic Research 58 (2005) 485 – 496. A Multidimensional Cancer Rehabilitation program for Cancer survivors. Effectiveness on health – related quality of life.
5. The chartered society of Physiotherapy. The Role of Physiotherapy for People with Cancer- CSP Position Statement (July 2003).

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Χαράλαμπος Τιγγινάγκας, Φυσικοθεραπευτής
Προϊστάμενος Τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»
Αθηνά Κατσιμήτρου, MLD
Β. Βλάσση, Φυσικοθεραπεύτρια

Η λέμφος αποτελεί μέρος του αμυντικού μηχανισμού του σώματος. Καθαρίζει τους ιστούς από διάφορους παθογόνους οργανισμούς, στην συνέχεια περνά και φιλτράρεται μέσα από τους λεμφαδένες, ενώ τέλος ενώνεται με την φλεβική κυκλοφορία στην πορεία προς την καρδιά.

Λεμφοίδημα ονομάζεται το οίδημα ενός τμήματος του σώματος, ιδιαίτερα των άκρων, που προκαλείται από την ανώμαλη συσσώρευση του λεμφικού υγρού. Είναι συχνή επιπλοκή μετά από θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του μαστού. Η επίπτωση και η σοβαρότητά του εξαρτώνται από τον τύπο της θεραπείας, την έκταση της τοπικής βλάβης των λεμφαγγείων και την ικανότητα του λεμφικού συστήματος να αντιρροπίσει. Η μείωση της μεταφορικής ικανότητας των λεμφαγγείων, και πιθανώς η επιδείνωση της μικροκυκλοφορίας, που προκλήθηκαν από μεταθεραπευτική μεταβολή της ροής του αρτηριακού και του φλεβικού αίματος στην μασχालαία και στην υποκλείδια περιοχή, είναι σημαντικές για την ανάπτυξη και την εκδήλωση του οιδήματος. Η ροή του αίματος σε βραχίονα με οίδημα είναι 68% μεγαλύτερη από την αντίστοιχη σε υγιές άκρο, ενώ σε μη οιδηματώδη βραχίονα είναι 38% μεγαλύτερη. Η αύξηση της ροής οφείλεται πιθανώς σε βλάβη νεύρων ως συνέπεια της θεραπείας του καρκίνου (ελλιπής έλεγχος της αγγειοσύσπασης).

Η επίπτωση του λεμφοιδήματος στον βραχίονα εξαρτάται από την έκταση της χειρουργικής επέμβασης, τον αριθμό των αφαιρεθέντων λεμφαδένων (**Πίνακας 1**), την ακτινοθεραπεία καθώς και την ηλικία και το βάρος της ασθενούς. Η ριζική εκτομή των μασχालαίων λεμφαδένων και η ακτινοθεραπεία προκαλούν ανάπτυξη λεμφοιδήματος σε περίπου 44% των ασθενών.

Δευτεροπαθές λεμφοίδημα επακόλουθο της θεραπείας καρκίνου του μαστού

Αριθμός λεμφαδένων	Επίπτωση του οιδήματος
0	21%
1-10	38%
11-15	27%
> 15	44%

Πίνακας 1

Η επίπτωση χρόνιου λεμφοιδήματος άνω άκρου έπειτα από θεραπεία καρκίνου μαστού (n=183) ως συνάρτηση του αριθμού των αφαιρεθέντων λεμφαδένων. (Βάσει των αποτελεσμάτων των K.D.Kiel και A.W. Rademacher, 1996)

Η χειρουργική θεραπεία διατήρησης του μαστού προκαλεί μείωση στην επίπτωση του λεμφοιδήματος. Ωστόσο πρέπει να υπάρχει σαφής ένδειξη για μία τέτοια διαδικασία.

Δευτεροπαθές λεμφοίδημα του βραχίονα

Αριθμός ασθενών n = 5.898	Λεμφοίδημα n = 1.405 (24%)
Ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία:	22,3%
Ριζική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της μασχαλιαίας χώρας:	44,4%
Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία:	19,1%
Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία:	28,9%
Μερική μαστεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία:	6,7%
Μερική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της μασχαλιαίας χώρας:	10,1%

Πίνακας 2

Η επίπτωση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος άνω άκρου έπειτα από θεραπεία καρκίνου του μαστού ως συνάρτηση της θεραπευτικής μεθόδου που ακολουθήθηκε. (Βάσει των αποτελεσμάτων των Η. Schünemann και N. Willich, 1997)

Επιπλέον φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της επίπτωσης και της σοβαρότητας του λεμφοιδήματος και του βάρους της ασθενούς. Το μεταθεραπευτικό λεμφοίδημα του βραχίονα είναι πιο σύνθηες σε παχύσαρκες ασθενείς. Έτσι η παχυσαρκία μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την ανάπτυξη λεμφοιδήματος (Πίνακας 3). Επίσης είναι πιθανόν να υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της επίπτωσης του λεμφοιδήματος και της ηλικίας της ασθενούς. Γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών αναπτύσσουν κλινικά σημαντικό λεμφοίδημα σε ποσοστό 22% των περιπτώσεων και γυναίκες μικρότερες των 55 ετών σε ποσοστό 14% των περιπτώσεων. Μία στατιστικά σημαντική, αυξημένη εμφάνιση των συμπτωμάτων έχει αναφερθεί σε γυναίκες που εργάζονταν κατά το πρώτο έτος μετά την εγχείρηση.

Παράγοντες κινδύνου

- Διάνοιξη ραφής
- Μόλυνση του τραύματος
- Ανάπτυξη ογκόμορφης συλλογής ορού στους ιστούς
- Παχυσαρκία
- Λανθασμένες συνθήκες φυσικοθεραπείας (πολύ έντονα)

Πίνακας 3

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος στον κορμό και / ή στον βραχίονα έπειτα από θεραπεία καρκίνου του μαστού.

Ανάπτυξη οιδήματος μετά την πάροδο 2 ετών εμφανίζεται στο 10%-30% των περιπτώσεων.

Η εξοίδηση του βραχίονα μετά από μία παρατεταμένη περίοδο χωρίς οίδημα μπορεί να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα υποτροπής του όγκου.

Η επίπτωση λεμφοιδήματος μετά από θεραπεία καρκίνου του μαστού ποικίλει σε σημαντικό βαθμό στην βιβλιογραφία. Ωστόσο υπήρξε μία σαφής, φθίνουσα τάση εμφάνισης λεμφοιδήματος από την δεκαετία του '60. Η πρώιμη διάγνωση της νόσου χάρη στον προ-συμπτωματικό έλεγχο και η ακόλουθη, με μικρότερες χειρουργικές επεμβάσεις, θεραπευτική αγωγή έχουν παίξει αναμφίβολα σημαντικό ρόλο. Η ορθή διάγνωση της ενδεικτικής κατάστασης των λεμφαδένων ενδεχομένως να περιορίσει περισσότερο την εφαρμογή ριζικής μαστεκτομής με συνολική μείωση της μετά-θεραπευτικής επίπτωσης του λεμφοιδήματος.

Η αποκοπή ή η απολίνωση λεμφαγγείων καθώς και η εκρίζωση λεμφαδένων είναι υπεύθυνες για τον σχηματισμό παράπλευρης κυκλοφορίας. Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να διαταράσσει αυτή την διαδικασία αναγέννησης. Επιπροσθέτως, προκαλεί αντίδραση στους εναπομείναντες λεμφαδένες με επακόλουθη ίνωση. Η συνοδός μερική απόφραξη των κόλπων των λεμφαδένων καταλήγει σε μη αναστρέψιμη μείωση της ροής της λέμφου εντός των αδένων.

Οι λεμφαδένες που δεν δέχτηκαν ακτινοβολία και αποτελούν μέρος της παράπλευρης κυκλοφορίας, έχουν διατεταμένους κόλπους λόγω του αυξημένου όγκου της λέμφου. Μία επακόλουθη αύξηση του μεγέθους των λεμφαδένων είναι επίσης ενδεχόμενη.

Λεμφοίδημα προκαλούμενο από ανεπάρκεια του λεμφικού συστήματος αναμένεται όταν η ικανότητα μεταφοράς του συστήματος αποτυγχάνει να αντεπεξέλθει στον μεταφερόμενο όγκο πρωτεΐνης και ύδατος της λέμφου και όλοι οι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί έχουν εξαντληθεί. Λεμφοίδημα επακόλουθο της μαστεκτομής προκαλείται από μηχανική βλάβη του λεμφικού συστήματος. Όπως και στο πρωτοπαθές λεμφοίδημα, πρωτεΐνη συσσωρεύεται στους ιστούς προκαλώντας ινοσκλήρυνση εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Επιπλέον οι διαδικασίες μεταβολισμού στον διάμεσο ιστό διαταράσσονται από το οίδημα και διευκολύνονται οι διαδικασίες φλεγμονής με όλες τις αρνητικές συνέπειές τους για την κυκλοφορία της λέμφου.

ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

1. **ΣΤΑΔΙΟ I ή ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ:** Η πίεση προκαλεί αποτύπωμα στο μέλος, ενώ το οίδημα υποχωρεί προσωρινά αν τοποθετηθεί το άκρο σε ανάρροπη θέση.
2. **ΣΤΑΔΙΟ II ή ΜΗ ΑΥΤΟΝΟΜΑ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ:** Αν το λεμφοίδημα δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα και εξακολουθήσει να υφίσταται θα οδηγήσει αργά ή γρήγορα σε προοδευτική σκλήρυνση της περιοχής. Η δυνατότητα δημιουργίας αποτυπώματος μειώνεται διαρκώς, ενώ στο τέλος δεν είναι πλέον εφικτή. Η ανάρροπη θέση δεν οδηγεί στην υποχώρηση του οιδήματος.
3. **ΣΤΑΔΙΟ III ή ΛΕΜΦΟΣΤΑΤΙΚΗ ΕΛΕΦΑΝΤΙΑΣΗ:** Χαρακτηρίζεται από:
 - Μεγάλη αύξηση του οιδήματος, σε τέτοιο βαθμό που το άκρο να θυμίζει το άκρο ενός ελέφαντα.
 - Σκλήρυνση του δέρματος με την μορφή χόνδρων (παχυδερμία).
 - Ανάπτυξη Σαρκωμάτων.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στο 90% των περιπτώσεων η διάγνωση στηρίζεται στην λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και την ψηλάφηση. Αν δεν υπάρχει σαφήνεια σχετικά με την γένεση του οιδήματος, τότε πρέπει να ερευνηθεί η περίπτωση ενός δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος λόγω νεοπλασίας. Σε προχωρημένες περιπτώσεις υπάρχει διακοπή της συνέχειας του δέρματος, λόγω της υπερβολικής διάτασης, με έξοδο του λεμφικού υγρού.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χάος επικρατεί στον τρόπο αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος. Υπάρχουν εκείνοι που θεωρούν ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που προτείνουν ακόμα και χειρουργική αντιμετώπιση.

Η αλήθεια είναι ότι ανάλογα με το στάδιο του λεμφοιδήματος και την ταχύτητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης προκύπτουν τα αποτελέσματα. Το λεμφοίδημα ακόμα όταν δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί ολοκληρωτικά, υπάρχουν πολλοί θεραπευτικοί τρόποι που μπορούν να το ελέγξουν και να το περιορίσουν επιτυγχάνοντας ένα καλό αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, ενώ απαλλάσσουν τον ασθενή από πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους.

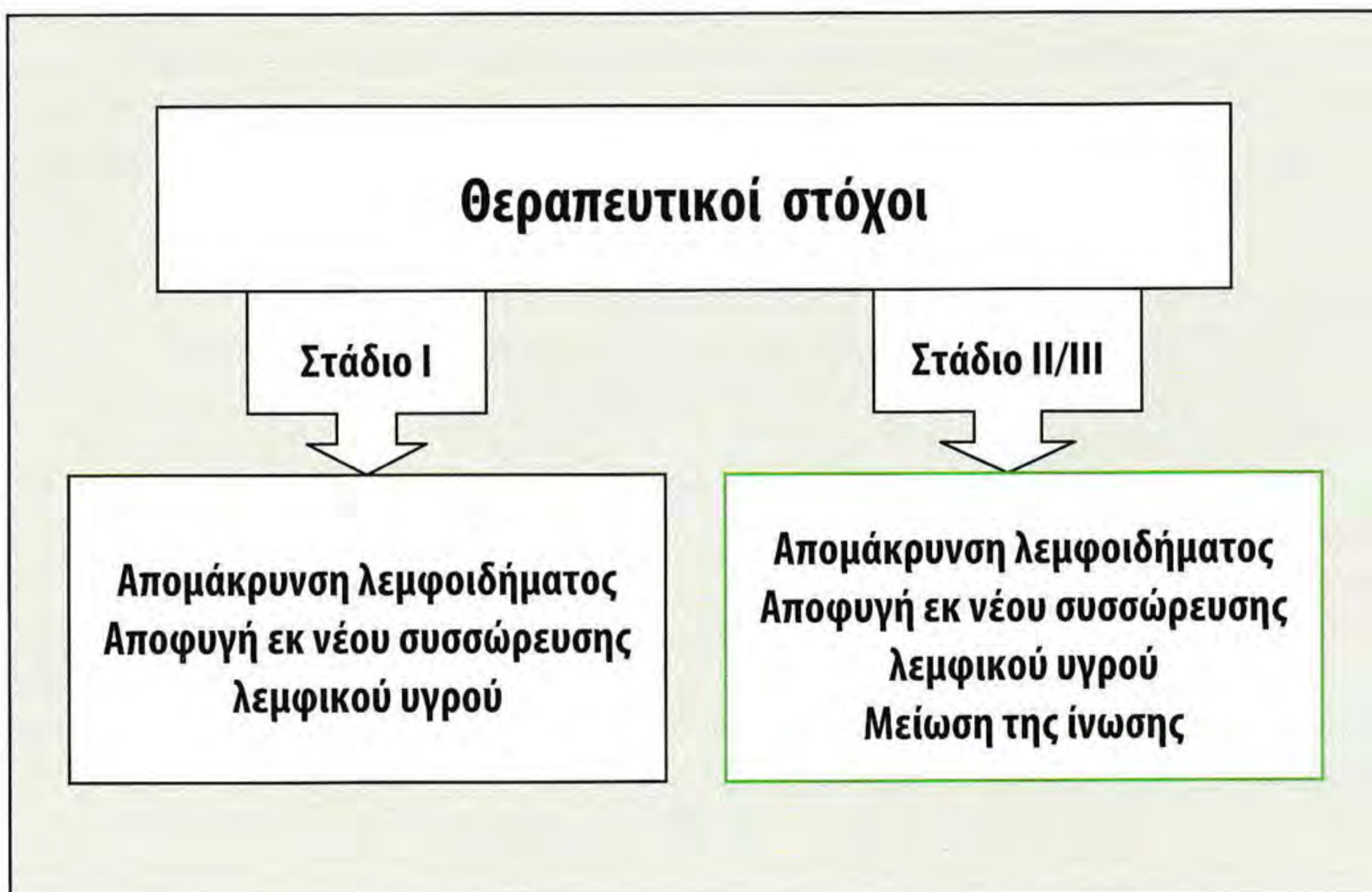
Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει:

Μετά την αφαίρεση των χειρουργικών ραμμάτων, η θεραπευτική αγωγή λεμφικής παροχέτευσης με χειρομαλάξεις, επιβάλλεται να αρχίσει με συχνότητα 2 -3 φορές την εβδομάδα για 3 μήνες, σε συνδυασμό με τη τήρηση προφυλακτικών μέσων, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης λεμφοιδήματος.

Σε περιπτώσεις όπου εμφανισθεί λεμφοίδημα, αυτό αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με συντηρητικές μεθόδους, που πρέπει να εφαρμόζονται από το αρχικό στάδιο, κυρίως για να αποφευχθεί η εξέλιξή του με την ανάπτυξη ινώδους ιστού. Αυτό μπορεί επίσης να μειώσει την επίπτωση βακτηριδιακής λοίμωξης (ερυσίπελας) καθώς και τα υποκειμενικά ενοχλήματα που παρουσιάζονται στο χρόνια λεμφοίδημα. Επιπλέον ελαττώνεται το ψυχικό stress που προκαλείται από το οίδημα. Ο κύριος στόχος της αποιδηματικής θεραπείας είναι να αυξηθεί η μεταφορική ικανότητα της λέμφου και αν είναι δυνατόν να επανέλθει στην κανονική κατάσταση.

Βασικές αρχές

Οι πρωτεΐνες που είναι συγκεντρωμένες στον διάμεσο ιστό δρουν ως ξένα σώματα, προκαλώντας χρόνια φλεγμονή κι επακόλουθη υπερπλασία του συνδετικού ιστού που καταλήγει στην ανάπτυξη ινοσκλήρυνσης τυπική του χρόνιου λεμφοιδήματος. Συνεπώς, η αιτιολογική θεραπευτική αγωγή του οιδήματος λεμφικής στάσης συγκεκριμένα απαιτεί την διασπορά της συσσωρευμένης διάμεσης πρωτεΐνης.



Πίνακας 4. Θεραπευτικοί στόχοι της συνδυασμένης αποιδηματικής φυσιοθεραπείας σε λεμφοίδημα.

Ο θεραπευτικός στόχος της συνδυασμένης αποιδηματικής φυσιοθεραπείας (ΣΑΘ), είναι να επαναφέρει σε φυσιολογικά επίπεδα τον όγκο και την σύσταση του οιδηματώδους, διογκωμένου άκρου (**Πίνακας 4**). Αυτό επιτυγχάνεται με την ταχύτερη μεταφορά της λέμφου στην οιδηματώδη περιοχή και με ελάττωση της εναπόθεσης πρωτεΐνης στον διάμεσο ιστό.

Αυτό απαιτεί τα εξής:

1. Αύξηση του ρυθμού μεταφοράς της λέμφου
2. Ανάπτυξη νέων οδών παροχέτευσης της λέμφου
3. Αύξηση της δραστηριότητας μακροφάγων ώστε να υποστηριχτεί η αποδόμηση των ιζημάτων εξωλεμφικής πρωτεΐνης
4. Διάσπαση των ινών κολλαγόνου

Τεχνική

Η συνδυασμένη αποιδηματική φυσιοθεραπεία περιλαμβάνει διάφορες θεραπευτικές τεχνικές που είναι εξίσου σημαντικές:

- Λεμφική παροχέτευση με χειρομαλάξεις
- Εφαρμογή επιδέσμων μετά την λεμφική παροχέτευση με χειρομαλάξεις για την αποφυγή νέας συγκέντρωσης λεμφικού υγρού στην περιοχή που δέχτηκε την αγωγή. Αργότερα χρησιμοποιούνται ιατρικά γάντια συμπίεσης, καλσόν συμπίεσης κ.τ.λ.
- Μέτρα υγιεινής
- Αποιδηματικές ασκήσεις για τα άκρα που φέρουν επιδέσμους

Η λεμφική παροχέτευση, μέθοδος που ανέπτυξε ο Vodder κι επέκτεινε ο Asdonk, είναι μία ελαφρά, κυκλική επιφανειακή μάλαξη (διάταση των επιφανειακών ιστών) που εκτελείται με αυξομείωση του βαθμού πίεσης. Αυτό οδηγεί σε αύξηση της μεταφορικής ικανότητας των συλλεκτών λέμφου. Κυκλικές κινήσεις καθώς και κινήσεις δίκην άντλησης και φτυαρίσματος κατά την μάλαξη αποσκοπούν στην μετακίνηση του υγρού του οιδήματος προς μία κεντρική κατεύθυνση.

Σκοπός της συμπίεσης που ακολουθεί (επίδεσμοι, ιατρικά γάντια συμπίεσης) είναι να αποτραπεί η επέκταση του οιδήματος. Οι ειδικές αποιδηματικές ασκήσεις με συμπίεση και τα προληπτικά μέτρα κατά των λοιμώξεων αποτελούν πρόσθετες συνιστώσες της συνδυασμένης αποιδηματικής φυσιοθεραπείας (ΣΑΘ). Έστω κι αν τα βασικά βήματα της συνδυασμένης αποιδηματικής φυσιοθεραπείας είχαν ήδη περιγραφεί στα τέλη του 19^{ου} αιώνα από τον Winiwarter, η θεραπευτική αγωγή για το λεμφοίδημα έγινε ευρέως αποδεκτή μόλις κατά τα τελευταία 25 χρόνια. Η ΣΑΘ είναι πλέον καλά εδραιωμένη και σχεδόν δεν έχει παρενέργειες. Πολλές μελέτες έχουν επιστημονικά αποδείξει την αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ: Η καλή υγιεινή του δέρματος παίζει καθοριστικό ρόλο στην αποφυγή επιπλοκών του λεμφοιδήματος. Ακόμα και ο πιο μικρός τραυματισμός του δέρματος μπορεί να αποτελέσει την πύλη εισόδου μικροβίων. Το πλούσιο σε πρωτεΐνες λεμφικό υγρό αποτελεί ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη των μικροβίων. Σε περίπτωση φλεγμονής το μέλος γίνεται ερυθρό και ζεστό ενώ προκαλείται κακουχία. Απαιτείται άμεση αντιμετώπιση με αντιβίωση και διακοπή οποιασδήποτε άλλης θεραπείας.

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

- Αποφεύγετε τις ακραίες θερμοκρασίες, τα καυτά μπάνια, τη σάουνα, ενώ μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνετε στην αποφυγή εγκαυμάτων.
- Προσοχή στις λοιμώξεις. Αν συμβούν απαιτείται άμεση αντιμετώπιση με αντιβίωση.
- Μην σηκώνετε ή μεταφέρετε βαριά αντικείμενα.
- Μην φοράτε σφικτά ρούχα, δακτυλίδια βραχιόλια κ.α.
- Προσοχή στη διατροφή. Ελάχιστο αλάτι, ελάχιστα τηγανιτά, αρκετά φρούτα και λαχανικά. Δίνετε σημασία στην διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους. Η παχυσαρκία ευνοεί την εμφάνιση λεμφοιδήματος.
- Όχι αλκοόλ και κάπνισμα.
- Σχολαστική φροντίδα της επιδερμίδας και των νυχιών.
- Να κοιμάστε με το πάσχον μέλος σε ανάρροπη θέση.
- Ασκηθείτε με δραστηριότητες μικρής έντασης αλλά μεγάλης αποτελεσματικότητας, όπως είναι το κολύμπι, το περπάτημα, κ.α., ενώ δεν θα πρέπει να αμελείτε το θεραπευτικό πρόγραμμα ασκήσεων που σας έχει δώσει ο Φυσικοθεραπευτής.
- Ακόμα και για το ελάχιστο λεμφοίδημα ακολουθήστε το ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης.
- Ταξιδεύετε φορώντας το ελαστικό γάντι, με το μέλος σε ανάρροπη θέση.
- Μην επιτρέπετε να σας παίρνουν αίμα ή να σας μετρούν την αρτηριακή πίεση από το πάσχον μέλος.
- Ενυδατώνεται την επιδερμίδα σας τακτικά με καλλυντικά που έχουν χαμηλό ή ουδέτερο pH.
- Χρησιμοποιείτε γάντια στις δουλειές του σπιτιού ή στην φροντίδα κατοικίδιων ζώων.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Χαράλαμπος Τιγγινάγκας, Φυσικοθεραπευτής
Προϊστάμενος Τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»
Θ. Βαντόλας, Φυσικοθεραπευτής

Νεοπλασματικές παθήσεις μπορούν να παρουσιασθούν σχεδόν σε όλα τα οργανικά συστήματα του ανθρώπου. Αυτή η ακανόνιστη ανάπτυξη τραυματίζει και θέτει σε κίνδυνο οργανικά συστήματα που λειτουργούν φυσιολογικά. Αυτές οι παθήσεις συνήθως αντιμετωπίζονται με θεραπευτικά μέσα, τα οποία από μόνα τους θέτουν σε κίνδυνο την ομαλή λειτουργία των οργανικών συστημάτων. Κατά συνέπεια οι μετέχοντες της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να αντιδρούν δυναμικά, τόσο εναντίον της εξέλιξης της πάθησης, όσο και στις επιπτώσεις των διαφόρων θεραπευτικών μέσων, συνεισφέροντας στην επιβίωση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Η θεραπευτική προσέγγιση σε σχέση με την Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς ασθενή οριοθετήθηκε με την National Cancer Act του 1971. Με την νομοθεσία αυτή δηλώνεται με τον πιο επίσημο τρόπο η Αποκατάσταση σαν αντικειμενικός στόχος, ενώ εγκρίνονται κεφάλαια για την εκπαίδευση και την έρευνα προς αυτήν την κατεύθυνση. Το 1972 στο National Cancer Rehabilitation Planning Conference καθορίστηκαν οι στόχοι της Αποκατάστασης:

1. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη.
2. Βελτίωση της σωματικής του λειτουργικότητας.
3. Επαγγελματικός προσανατολισμός.
4. Επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

Λόγω της πολυπλοκότητας των προβλημάτων που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς, απαιτείται μια καλά οργανωμένη ομαδική εργασία διαφόρων ειδικοτήτων, ώστε να προσφερθεί διεξοδική φροντίδα.

Η ομαδική εργασία για να είναι επιτυχής απαιτεί την συνεργασία σε κλίμα αμοιβαίου σεβασμού και εκτίμησης του έργου που προσφέρει η κάθε ειδικότητα, παράλληλα με την κατανόηση του σκοπού και του τρόπου εργασίας της.

Οι στόχοι που καθορίζονται από την ομάδα οφείλουν να είναι ρεαλιστικοί. Εξαρτώνται από την βαρύτητα της πάθησης, από το περιβάλλον του ασθενή αλλά και από την κοινωνική φροντίδα. Η υλοποίησή τους πρέπει να ολοκληρώνεται μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα. Αυτό μπορεί να λειτουργήσει σαν κίνητρο για τον ασθενή, ώστε να τον παρακινήσει να έχει μια περισσότερο ενεργητική συμμετοχή στην θεραπευτική διαδικασία.

Μεγάλη βοήθεια μπορεί να προσφέρει η ενεργητική συμμετοχή του περιβάλλοντος, που και αυτό με την σειρά του έχει ανάγκη υποστήριξης. Ο ρόλος του Φυσικοθεραπευτή μέσα στην θεραπευτική ομάδα έχει να κάνει με την λειτουργική αποκατάσταση του ασθενή. Με τον όρο λειτουργική αποκατάστασή εννοούμε την διατήρηση της μυϊκής ισχύος, του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, έλεγχο του πόνου, ανεξαρτησία στις κινήσεις, με μακροπρόθεσμο σκοπό την επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Λόγω της καθημερινής επαφής με τον ασθενή και το περιβάλλον του έχει επιπρόσθετα έναν υποστηρικτικό ρόλο, να δώσει κίνητρα για την συνέχιση του αγώνα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: Ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό για την διάγνωση, τις δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης, προοπτική, αλλά και οριοθέτηση στόχων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ: Η κλινική αξιολόγηση από τον Φυσικοθεραπευτή περιλαμβάνει την επισκόπηση, την ψηλάφηση, έλεγχο εύρους κίνησης των αρθρώσεων (όπου αυτό είναι δυνατόν), έλεγχος μυϊκής ισχύος, εκτίμηση του πόνου και της ανάγκης εξάρτησης από το περιβάλλον του.

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΧΩΝ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: Από τις προηγούμενα βήματα θα έχουμε αποκτήσει σαφή εικόνα για την κατάσταση του ασθενή. Αυτή θα μας οδηγήσει στον καθορισμό των άμεσων αλλά των μακροπρόθεσμων στόχων. Αυτά τα συμπεράσματα πρέπει αρχικά να τα συζητήσουμε με την θεραπευτική ομάδα, ώστε να υπάρχει ταύτιση απόψεων και εν συνεχεία να αναλυθούν στον ίδιο τον ασθενή, αφού θεωρείτε δεδομένη ανάγκη η δική του συμμετοχή, αλλά και στο περιβάλλον του εφόσον έχει την δυνατότητα να τον επηρεάσει θετικά.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: Αποσκοπεί:

1. Διατήρηση ικανοποιητικής αναπνευστικής ικανότητας. Επιτυγχάνεται με αναπνευστικές ασκήσεις, εκμάθηση σωστού τρόπου αναπνοής και υποβοηθούμενου βήχα.
2. Μείωση του πόνου και πιθανού μυϊκού σπασμού. Επιτυγχάνεται με την χρήση διαφόρων θεραπευτικών μέσων όπως είναι η θεραπεία με Low Power Laser, η διαδερμική χορήγηση φαρμάκων με χρήση γαλβανικού ρεύματος (Ιοντοφόρηση), άλλες μορφές Ηλεκτροθεραπείας, χρήση θερμών ή ψυχρών επιθεμάτων, μάλαξης, κινησιοθεραπείας στα όρια του πόνου, σωστή τοποθέτηση του ασθενή στο κρεβάτι.
3. Ισχυροποίηση του μυϊκού συστήματος. Χρησιμοποιούμε ενεργοπαθητικές ασκήσεις, ισομετρικές συσπάσεις, biofeedback και ειδικού τύπου φαραδικό ρεύμα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: Κατά την διάρκεια του χειρουργείου, ανάλογα την περίπτωση και τον τρόπο προσπέλασης, κάποιοι ιστοί “κακοποιήθηκαν”. Άμεση προτεραιότητα είναι να βοηθηθεί η διαδικασία επούλωσης, βελτιώνοντας την αιμάτωση και την μυϊκή λειτουργία της περιοχής. Τις πρώτες μέρες του χειρουργείου πρέπει να παρατηρούμε το μέλος για αυξημένη θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα, να παρατηρούμε τον ασθενή αν παρουσιάζει δύσπνοια ή παραπονείται για έντονο και οξύ πόνο. Σε κάθε περίπτωση που πέσει οτιδήποτε στην αντίληψη μας πρέπει να ενημερώνεται άμεσα ο θεράπων ιατρός.

Στην μετεγχειρητική φάση η προσέγγιση που κάνουμε αποσκοπεί:

1. Έλεγχο ρυθμού και τύπου αναπνοής.
2. Διατήρηση ή βελτίωση κινητικότητας των αρθρώσεων. Επιτυγχάνεται με παθητικές ή ενεργητικές ασκήσεις, αλλά και με την χρήση ειδικών θεραπευτικών μέσων όπως είναι το CPM (Φωτογραφία) του άνω ή κάτω άκρου.
3. Διατήρηση ή Βελτίωση της μυϊκής ισχύος. Επιτυγχάνεται με πρόγραμμα ασκήσεων ισχυροποίησης. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε φαραδικό ρεύμα ή Biofeedback.
4. Προοδευτική έγερση. Ο χρόνος και ο τρόπος εξαρτάται από τον τύπο της επέμβασης. Απαιτείτε η συνεννόηση και έγκριση από τον θεράποντα ιατρό. Πολλές φορές είναι χρήσιμη η έγερση με την βοήθεια του Tilt table ή Eva Walker.
5. Λειτουργικότητα – Επανένταξη. Τελικό στάδιο της αποκατάστασης είναι ο ασθενής να αποκτήσει λειτουργικότητα και αυτονομία από το περιβάλλον του. Χρησιμοποιούμε ασκήσεις βάδισης, ισορροπίας, κ.α.. Σε αυτή την φάση μπορεί να χρειασθεί βοηθητικά μέσα, όπως βακτηρίες ή περπατούρα.
6. Οδηγίες στον ασθενή. Αφορούν την χρήση βοηθητικών μέσων, πρόγραμμα ασκήσεων για το σπίτι, τον έλεγχο του βάρους, συμβουλές για τις καθημερινές δραστηριότητες – ύπνος, μπάνιο, ντύσιμο, κάθισμα, οδήγηση κ.α.-.

Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι η πλειονότητα των ασθενών με νεοπλασίες του μυοσκελετικού συστήματος, θα παρουσιάσουν περιορισμούς στην φυσιολογική λειτουργικότητα είτε σαν απευθείας αποτέλεσμα της πάθησης, είτε σαν αποτέλεσμα της θεραπείας. Αδυναμία κατανόησης αυτού του προβλήματος στο παρελθόν ήταν εμπόδιο στην όσο το δυνατόν καλύτερη αποκατάσταση. Η ιδανικότερη προσφορά της θεραπευτικής ομάδας προς τον ασθενή είναι να του προσφέρει την μέγιστη φυσική, ψυχολογική, κοινωνική, επαγγελματική και εκπαιδευτική δυνατότητα. Ο καθορισμός του πλάνου της θεραπείας πρέπει να είναι εξατομικευμένος, ώστε να συναντά τις μοναδικές και συγκεκριμένες ανάγκες του κάθε ασθενή.

Ο Φυσικοθεραπευτής έχει τον ρόλο του σε αυτήν την διαδικασία και πρέπει να τον διεκδικήσει μέσα από την συμμετοχή και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ: ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αθηνά Κατσιμήτρου, MLD
Χαράλαμπος Τιγγινάγκας, Φυσικοθεραπευτής
Προϊστάμενος Τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η λέμφος αποτελεί μέρος του αμυντικού μηχανισμού του σώματος. Καθαρίζει τους ιστούς από διάφορους παθογόνους οργανισμούς, στην συνέχεια περνά και φιλτράρεται μέσα από τους λεμφαδένες, ενώ τέλος ενώνεται με την φλεβική κυκλοφορία στην πορεία προς την καρδιά.

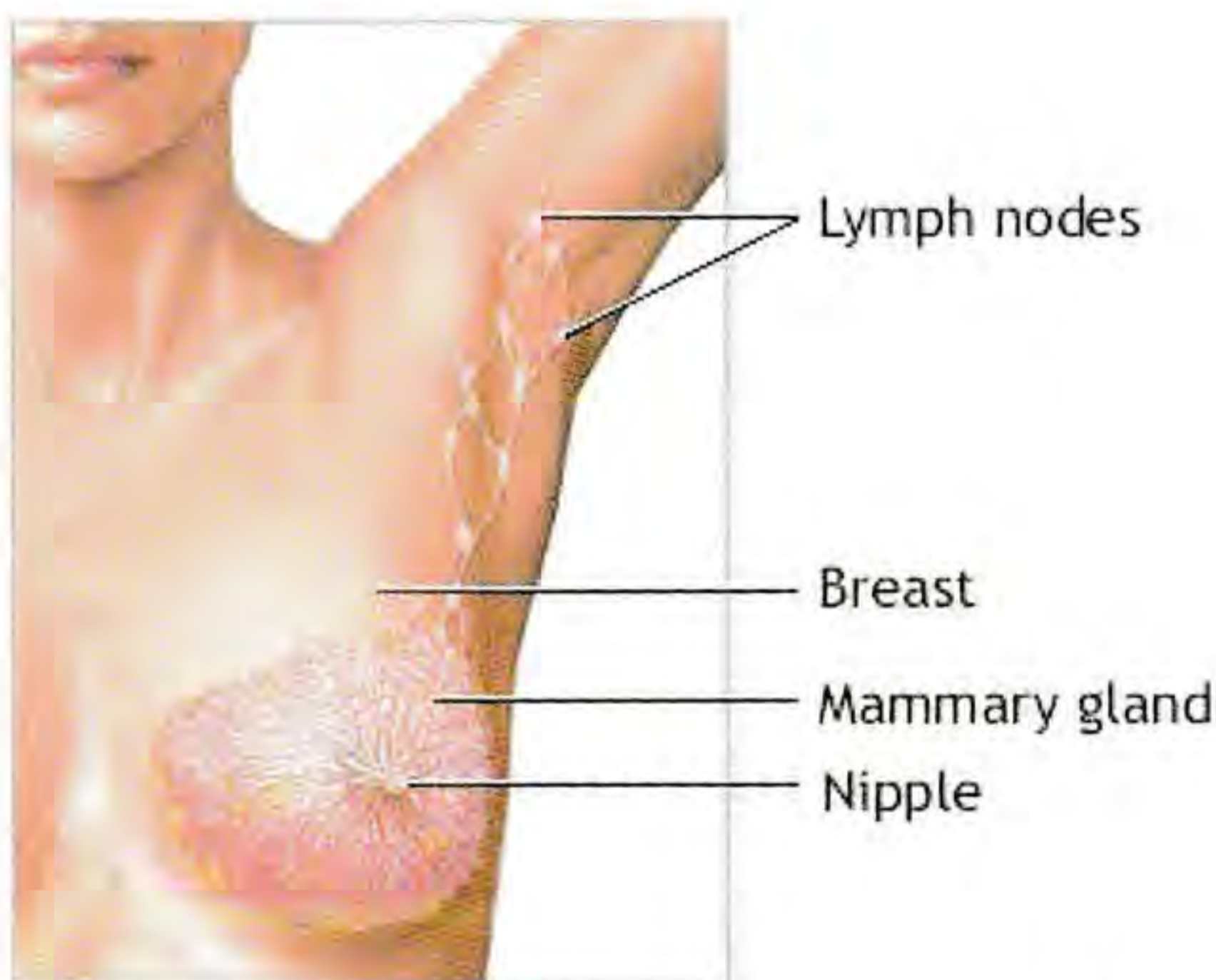
Λεμφοίδημα ονομάζεται το οίδημα ενός τμήματος του σώματος, ιδιαίτερα των άκρων, που προκαλείται από την ανώμαλη συσσώρευση του λεμφικού υγρού. Είναι συχνή επιπλοκή μετά από θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του μαστού. Η επίπτωση και η σοβαρότητά του εξαρτώνται από τον τύπο της θεραπείας, την έκταση της τοπικής βλάβης των λεμφαγγείων και την ικανότητα του λεμφικού συστήματος να αντιρροπήσει.

Η μείωση της μεταφορικής ικανότητας των λεμφαγγείων, και πιθανώς η επιδείνωση της μικροκυκλοφορίας, που προκλήθηκαν από την μετά-θεραπευτική μεταβολή της ροής του αρτηριακού και του φλεβικού αίματος στην μασχालιάια και στην υποκλείδια περιοχή, είναι σημαντικές για την ανάπτυξη και την εκδήλωση του οιδήματος. Η ροή του αίματος σε βραχίονα με οίδημα είναι 68% μεγαλύτερη από την αντίστοιχη σε υγιές άκρο, ενώ σε μη οιδηματώδη βραχίονα είναι 38%

μεγαλύτερη. Η αύξηση της ροής οφείλεται πιθανώς σε βλάβη νεύρων ως συνέπεια της θεραπείας του καρκίνου (ελλιπής έλεγχος της αγγειοσύσπασης).

Η επίπτωση του Λεμφοιδήματος στον βραχίονα εξαρτάται από την έκταση της χειρουργικής επέμβασης, τον αριθμό των αφαιρεθέντων λεμφαδένων, την ακτινοθεραπεία καθώς και την ηλικία και το βάρος της ασθενούς. Η ριζική εκτομή των μασχालιαίων λεμφαδένων και η ακτινοθεραπεία προκαλούν ανάπτυξη Λεμφοιδήματος σε περίπου 44% των ασθενών.

Επιπλέον φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της επίπτωσης και της σοβαρότητας του Λεμφοιδήματος και του βάρους της ασθενούς. Το δευτεροπαθές Λεμφοίδημα του βραχίονα είναι πιο



ADAM.

σύνηθες σε παχύσαρκες ασθενείς. Έτσι η παχυσαρκία μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την ανάπτυξη Λεμφοιδήματος. Επίσης είναι πιθανόν να υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της επίπτωσης του Λεμφοιδήματος και της ηλικίας της ασθενούς. Γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών αναπτύσσουν κλινικά σημαντικό Λεμφοίδημα σε ποσοστό 22% των περιπτώσεων, ενώ γυναίκες μικρότερες των 55 ετών σε ποσοστό 14% των περιπτώσεων. Μία στατιστικά σημαντική, αυξημένη εμφάνιση των συμπτωμάτων έχει αναφερθεί σε γυναίκες που εργάζονταν κατά το πρώτο έτος μετά την εγχείρηση.

Η εξοίδηση του βραχίονα μετά από μία παρατεταμένη περίοδο χωρίς οίδημα μπορεί να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα υποτροπής του όγκου.

Η επίπτωση Λεμφοιδήματος μετά από θεραπεία καρκίνου του μαστού ποικίλει σε σημαντικό βαθμό στην βιβλιογραφία. Ωστόσο υπήρξε μία σαφής, φθίνουσα τάση εμφάνισης Λεμφοιδήματος από την δεκαετία του '60. Η πρώιμη διάγνωση της νόσου χάρη στον προ-συμπτωματικό έλεγχο και η ακόλουθη, με μικρότερες χειρουργικές επεμβάσεις, θεραπευτική αγωγή έχουν παίξει αναμφίβολα σημαντικό ρόλο. Η ορθή διάγνωση της ενδεικτικής κατάστασης των λεμφαδένων ενδεχομένως να περιορίσει περισσότερο την εφαρμογή ριζικής μαστεκτομής με συνολική μείωση της μετά-θεραπευτικής επίπτωσης του Λεμφοιδήματος.

Η αποκοπή ή η απολίνωση λεμφαγγείων καθώς και η εκρίζωση λεμφαδένων είναι υπεύθυνες για τον σχηματισμό παράπλευρης κυκλοφορίας. Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να διαταράσσει αυτή την διαδικασία αναγέννησης. Επιπροσθέτως, προκαλεί αντίδραση στους εναπομείναντες λεμφαδένες με επακόλουθη ίνωση. Η συνοδός μερική απόφραξη των κόλπων των λεμφαδένων καταλήγει σε μη αναστρέψιμη μείωση της ροής της λέμφου εντός των αδένων.

Οι λεμφαδένες που δεν δέχτηκαν ακτινοβολία και αποτελούν μέρος της παράπλευρης κυκλοφορίας, έχουν διατεταμένους κόλπους λόγω του αυξημένου όγκου της λέμφου. Μία επακόλουθη αύξηση του μεγέθους των λεμφαδένων είναι επίσης ενδεχόμενη.

Λεμφοίδημα προκαλούμενο από ανεπάρκεια του λεμφικού συστήματος αναμένεται όταν η ικανότητα μεταφοράς του συστήματος αποτυγχάνει να αντεπεξέλθει στον μεταφερόμενο όγκο πρωτεΐνης και ύδατος της λέμφου και όλοι οι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί έχουν εξαντληθεί. Λεμφοίδημα επακόλουθο της μαστεκτομής προκαλείται από μηχανική βλάβη του λεμφικού συστήματος. Όπως και στο πρωτοπαθές Λεμφοίδημα, πρωτεΐνη συσσωρεύεται στους ιστούς προκαλώντας ινοσκλήρυνση εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Επιπλέον οι διαδικασίες μεταβολισμού στον διάμεσο ιστό διαταράσσονται από το οίδημα και διευκολύνονται οι διαδικασίες φλεγμονής με όλες τις αρνητικές συνέπειές τους για την κυκλοφορία της λέμφου.

ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

1. **ΣΤΑΔΙΟ I ή ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ:** Η πίεση προκαλεί αποτύπωμα στο μέλος, ενώ το οίδημα υποχωρεί προσωρινά αν τοποθετηθεί το άκρο σε ανάρροπη θέση.
2. **ΣΤΑΔΙΟ II ή ΜΗ ΑΥΤΟΝΟΜΑ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ:** Αν το Λεμφοίδημα δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα και εξακολουθήσει να υφίσταται θα οδηγήσει αργά ή γρήγορα σε προοδευτική σκλήρυνση της περιοχής. Η δυνατότητα δημιουργίας αποτυπώματος μειώνεται διαρκώς, ενώ στο τέλος δεν είναι πλέον εφικτή. Η ανάρροπη θέση δεν οδηγεί στην υποχώρηση του οιδήματος.
3. **ΣΤΑΔΙΟ III ή ΛΕΜΦΟΣΤΑΤΙΚΗ ΕΛΕΦΑΝΤΙΑΣΗ:**
Χαρακτηρίζεται από:
 - # Μεγάλη αύξηση του οιδήματος, σε τέτοιο βαθμό που το άκρο να θυμίζει το άκρο ενός ελέφαντα.
 - # Σκλήρυνση του δέρματος με την μορφή χόνδρων (παχυδερμία).
 - # Ανάπτυξη Σαρκωμάτων.

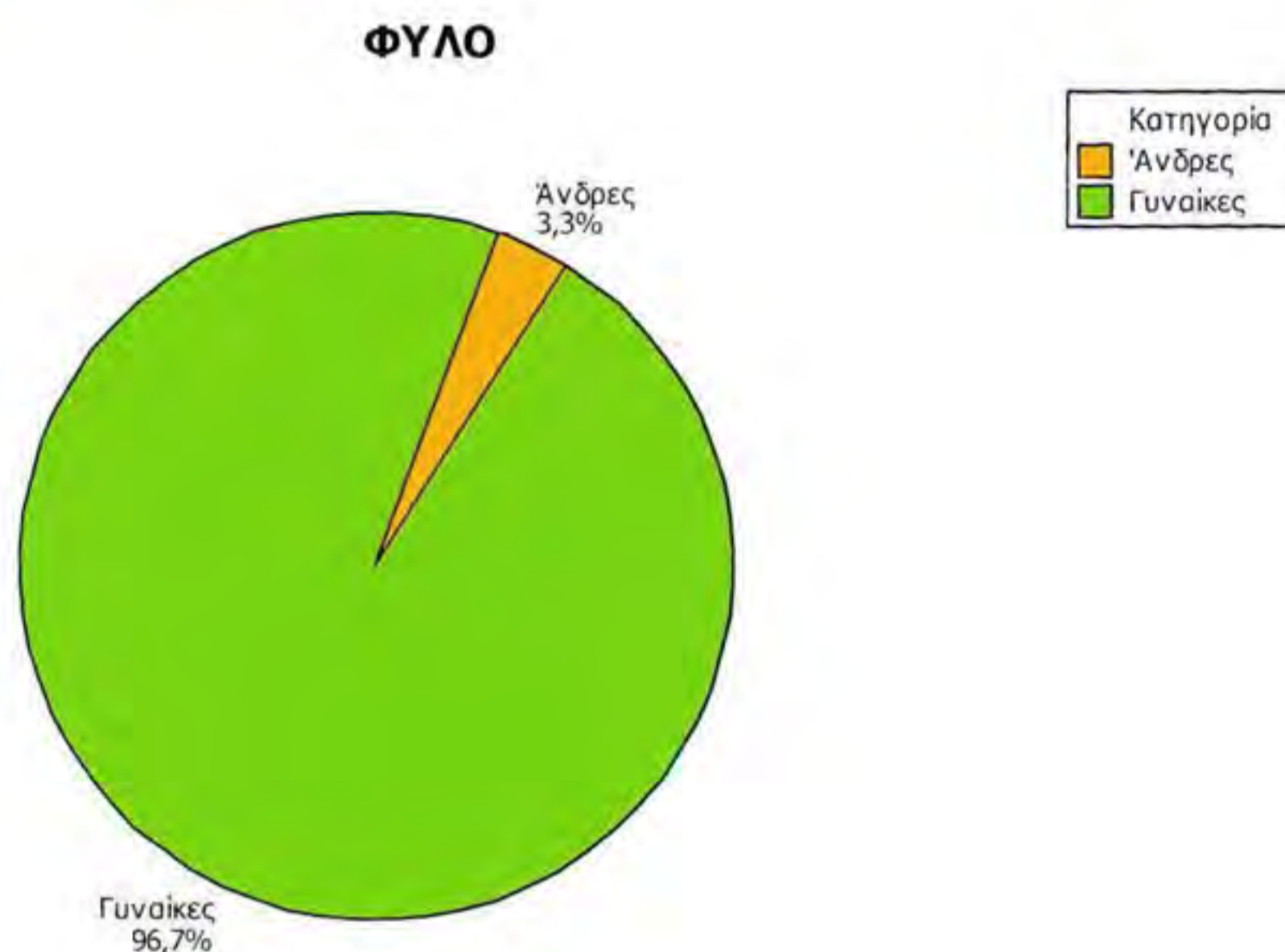
Στο 90% των περιπτώσεων η διάγνωση στηρίζεται στην λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και την ψηλάφηση. Αν δεν υπάρχει σαφήνεια σχετικά με την γένεση του οιδήματος, τότε πρέπει να ερευνηθεί η περίπτωση υποτροπής της νόσου. Σε προχωρημένες περιπτώσεις υπάρχει διακοπή της συνέχειας του δέρματος, λόγω της υπερβολικής διάτασης, με έξοδο του λεμφικού υγρού.

Χάος επικρατεί στον τρόπο αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος. Υπάρχουν εκείνοι που θεωρούν ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που προτείνουν ακόμα και χειρουργική αντιμετώπιση.

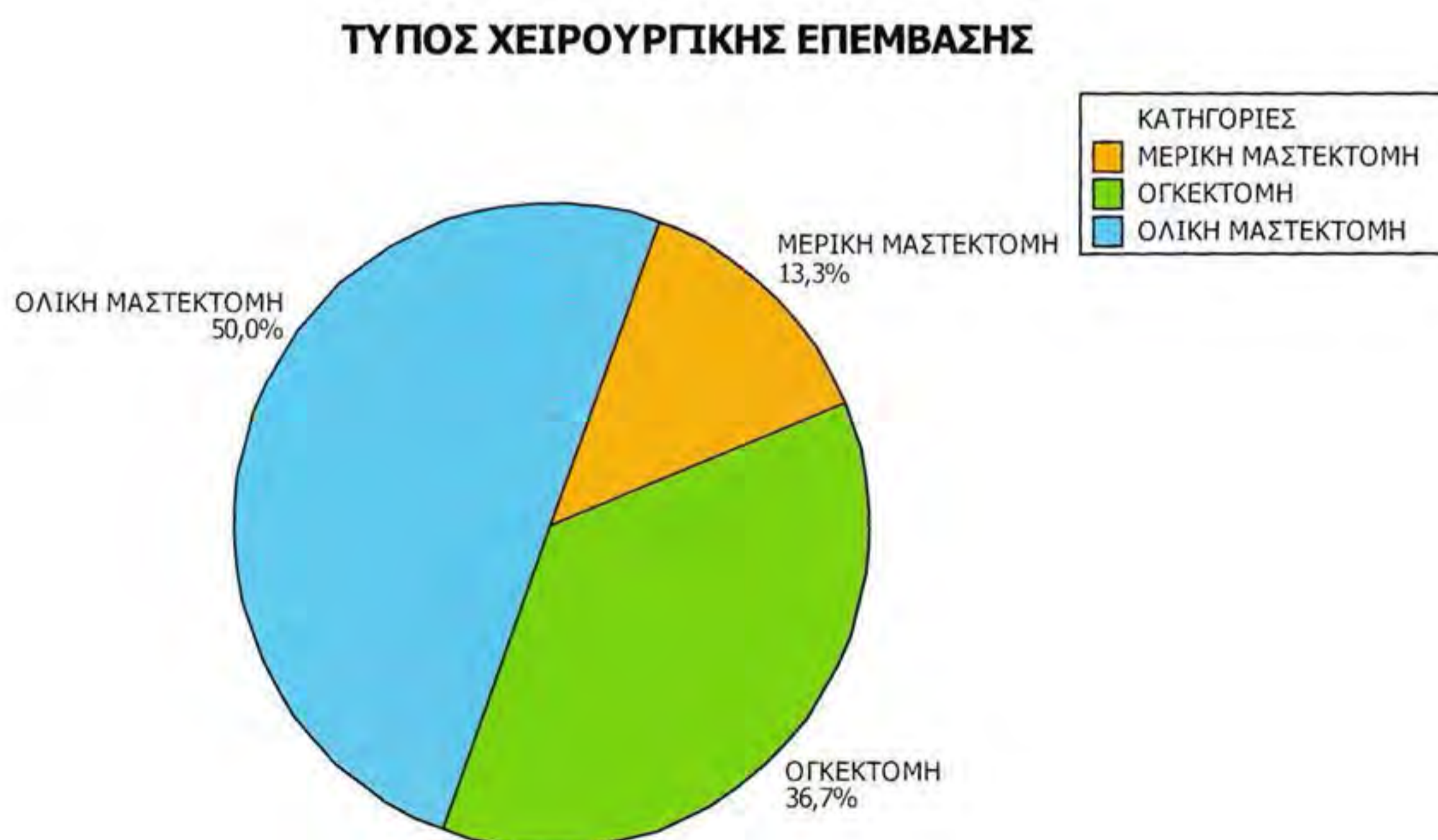
Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός της ανυπαρξίας μελετών, που να μας δίνουν ασφαλείς πληροφορίες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος, σχεδιάσαμε μια μελέτη με σκοπό να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικότητα, του προτεινόμενου από το τμήμα Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», θεραπευτικού πρωτοκόλλου. Η επιλογή αυτή έγινε αφενός γιατί πρόκειται για το μεγαλύτερο Ογκολογικό Νοσοκομείο της χώρας, αφετέρου γιατί το συγκεκριμένο τμήμα είναι το μόνο που προτείνει ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο θεραπείας. Φυσικά στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται η ειδική αποιδηματική μάλαξη (Manual Lymphatic Drainage), η επίδεση του μέλους, και ο κυκλοφορητής άκρου, ως θεραπευτική προσέγγιση. Η βιβλιογραφία όμως είναι πτωχή σε μελέτες που να στηρίζουν τις παραπάνω επιλογές, αλλά που να μας δείχνουν το πλεονέκτημα της μίας μεθόδου σε σχέση με την άλλη. Εμείς επιλέξαμε το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο, που αποτελεί την μόνη Ελληνική πρόταση που έχει καταγραφεί.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν 60 ασθενείς (58 γυναίκες – 2 άνδρες), ηλικίας από 35 έως 81 ετών.



Από αυτούς το 50,0% είχε υποβληθεί σε Ολική Μαστεκτομή, το 36,7% σε Ογκεκτομή, και το 13,3% σε Μερική Μαστεκτομή.

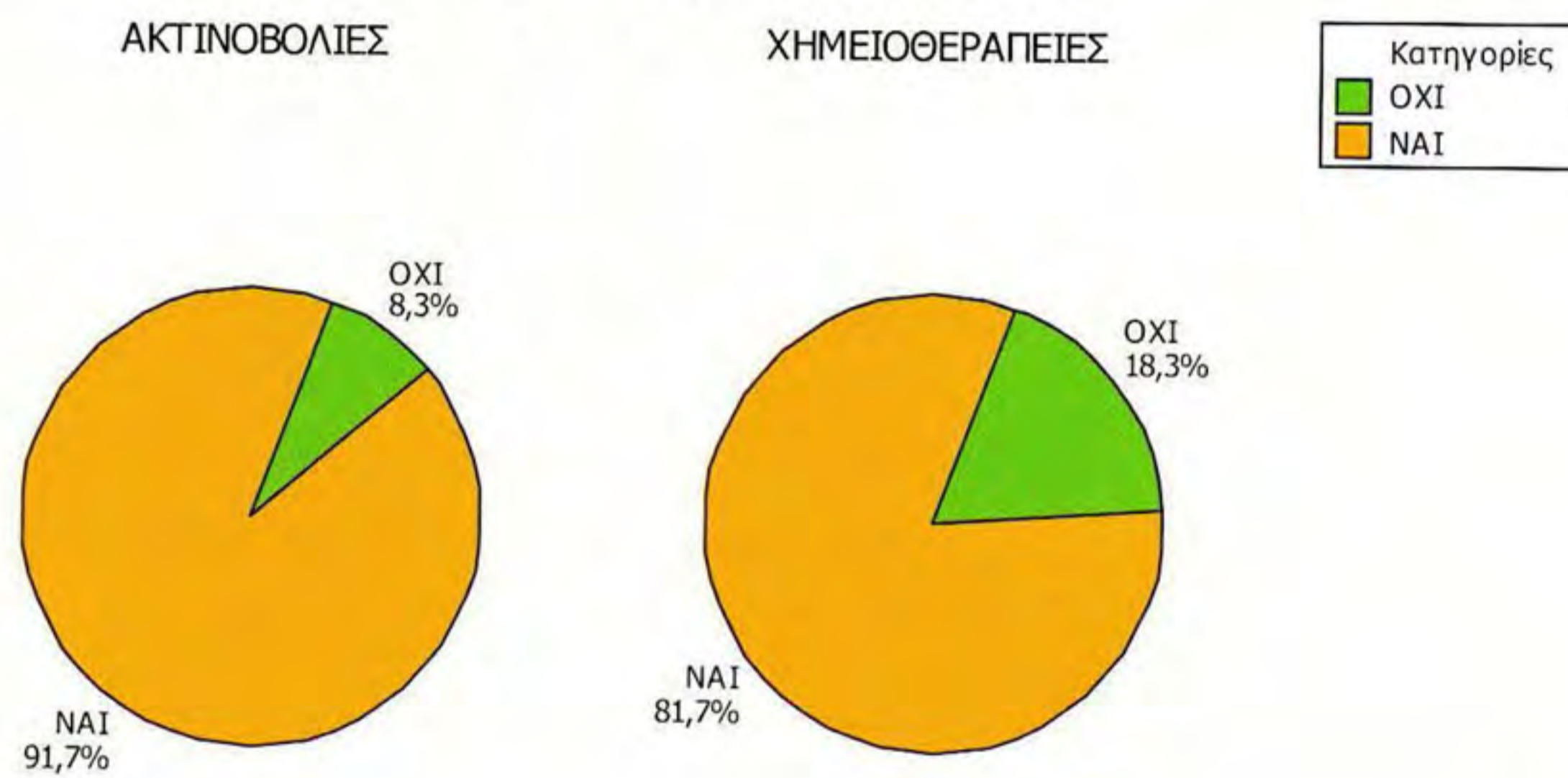


ΤΥΠΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ

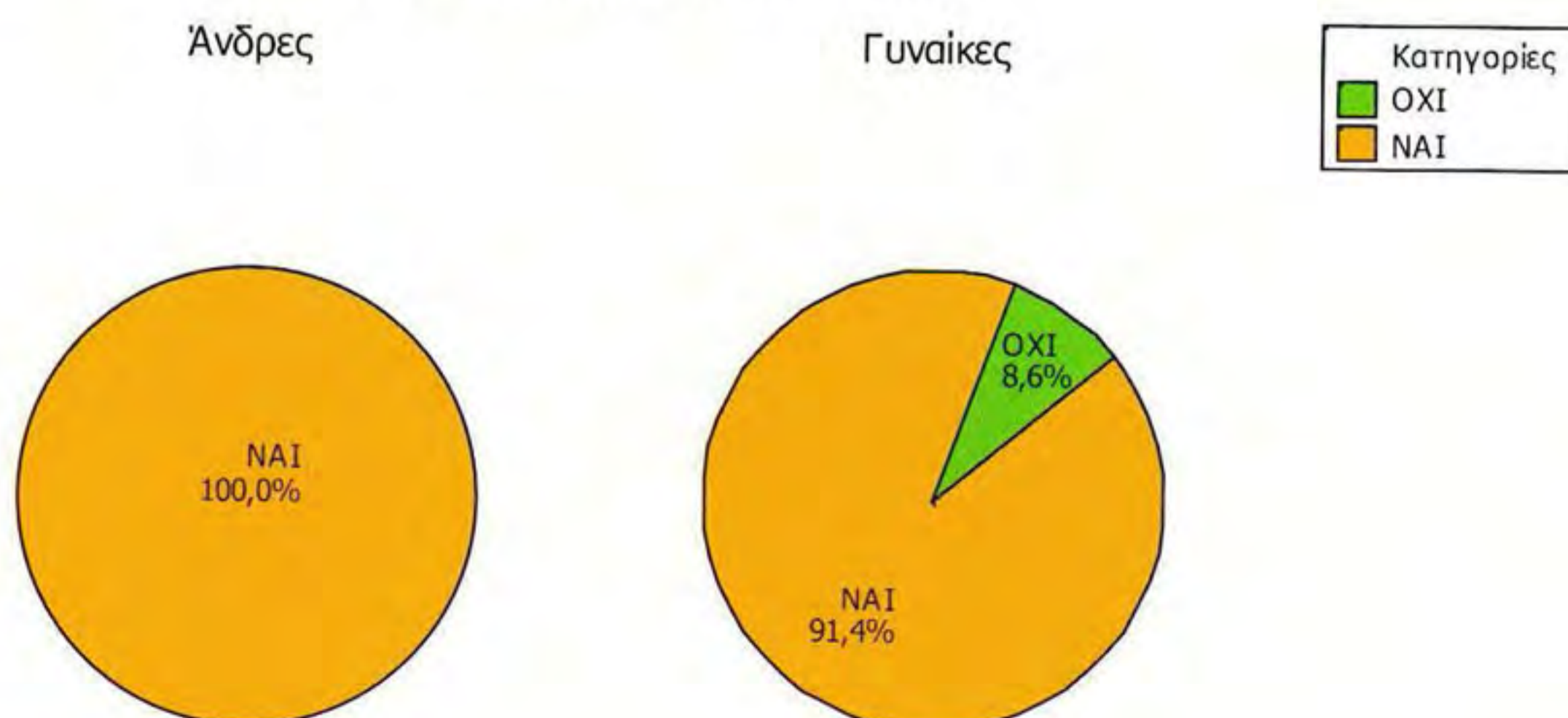


Σε θεραπεία με Ακτινοβολίες είχαν υποβληθεί το 91,7% των ασθενών, ενώ σε Χημειοθεραπεία είχε υποβληθεί το 81,7%.

ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ - ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ



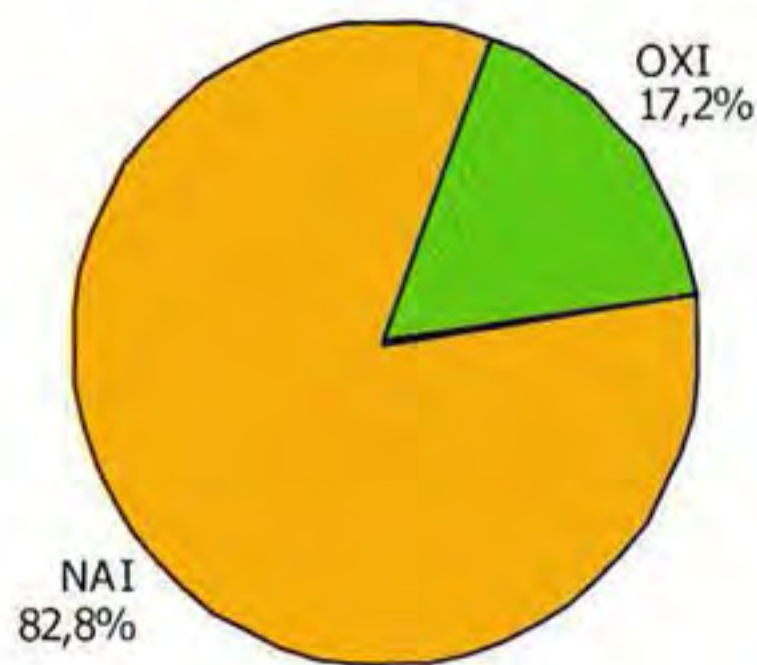
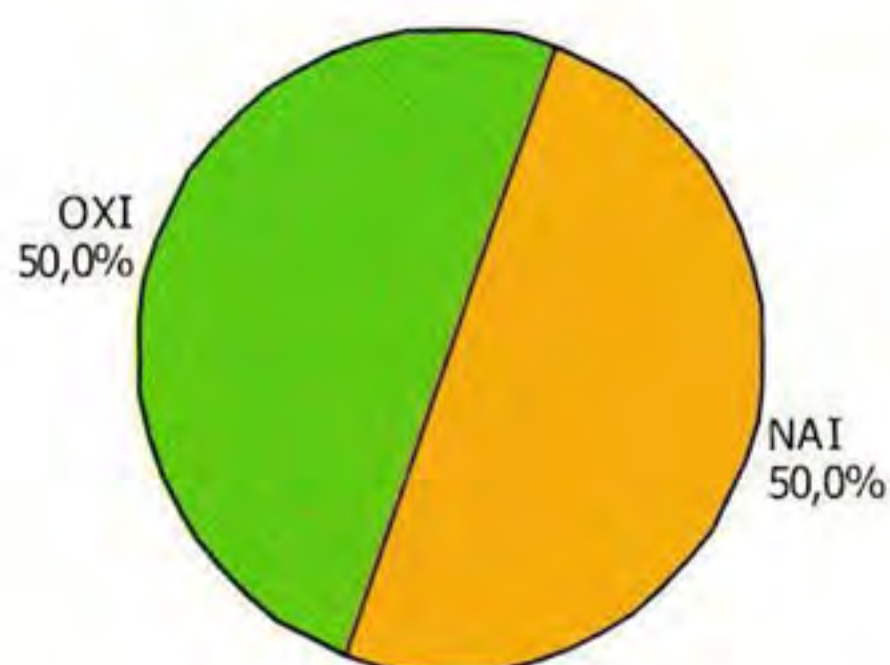
ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ



ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ

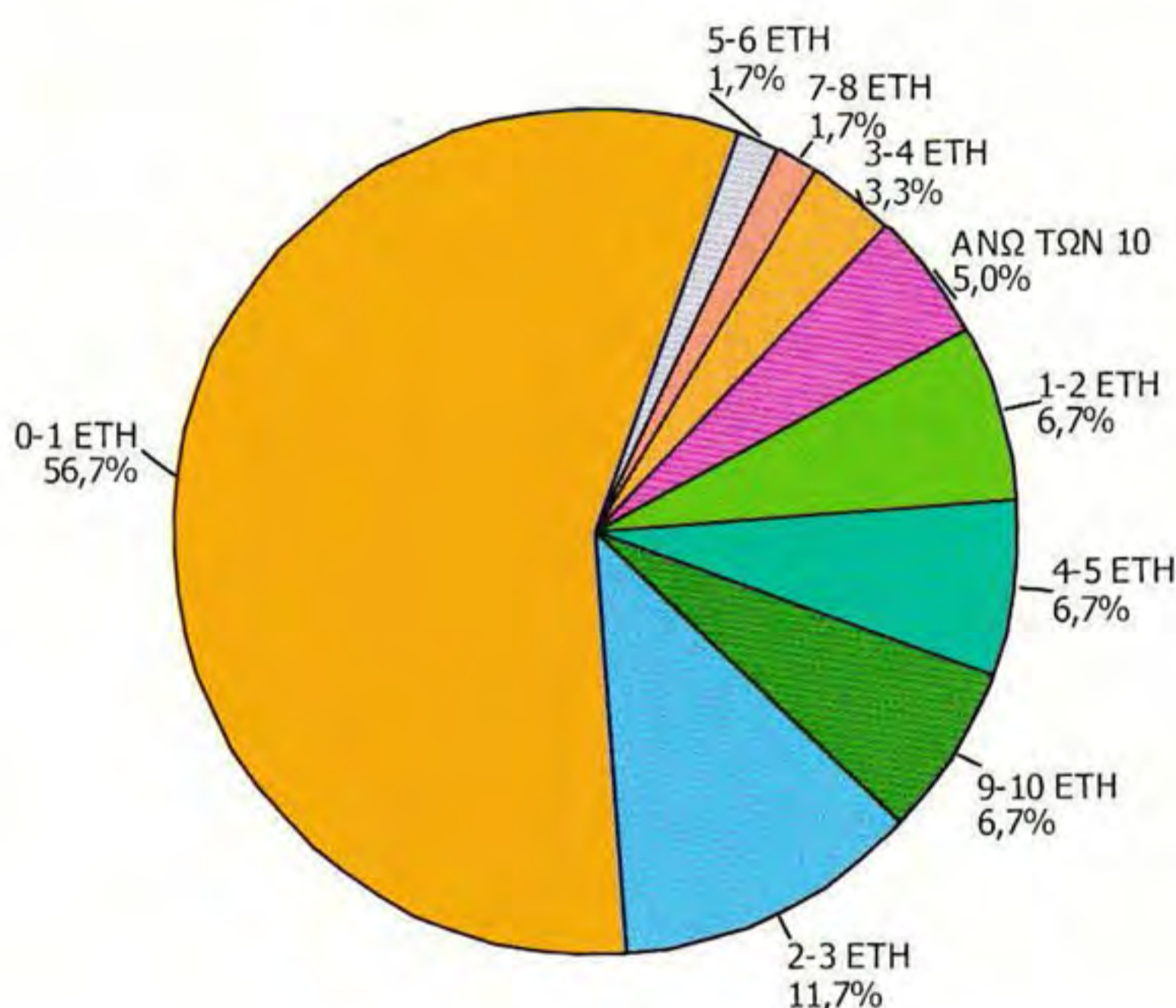
Άνδρες

Γυναίκες

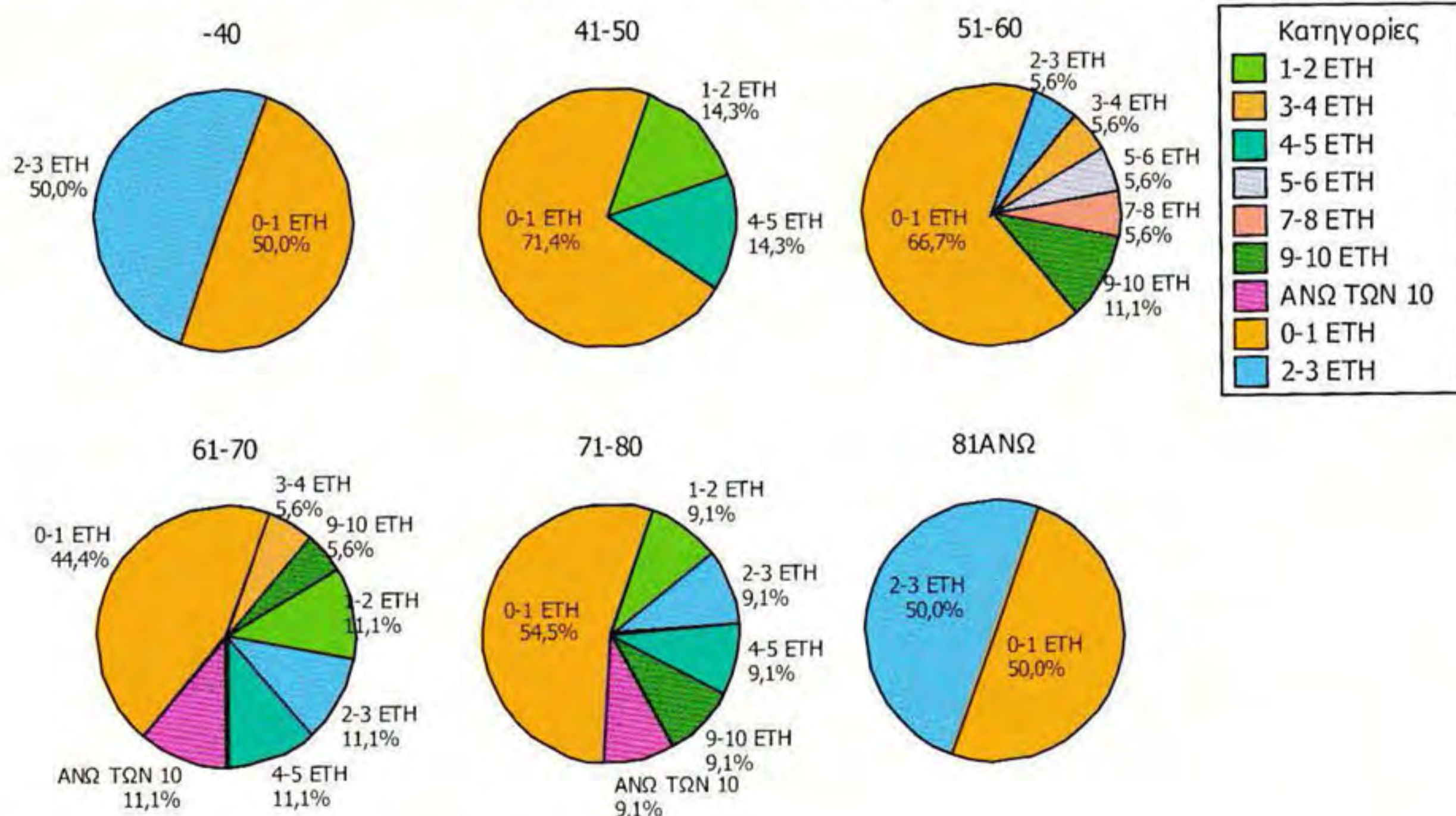


ΕΝΑΡΞΗ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Η έναρξη του Λεμφοιδήματος σε έτη μετά το χειρουργείο ήταν: (0-1 έτη) 56,7%, (1-2 έτη) 6,7%, (2-3 έτη) 11,7%, (3-4 έτη) 3,3%, (4-5 έτη) 6,7%, (5-6 έτη) 1,7%, (7-8 έτη) 1,7%, (9-10 έτη) 6,7%, (άνω των 10 ετών) 5,0%.

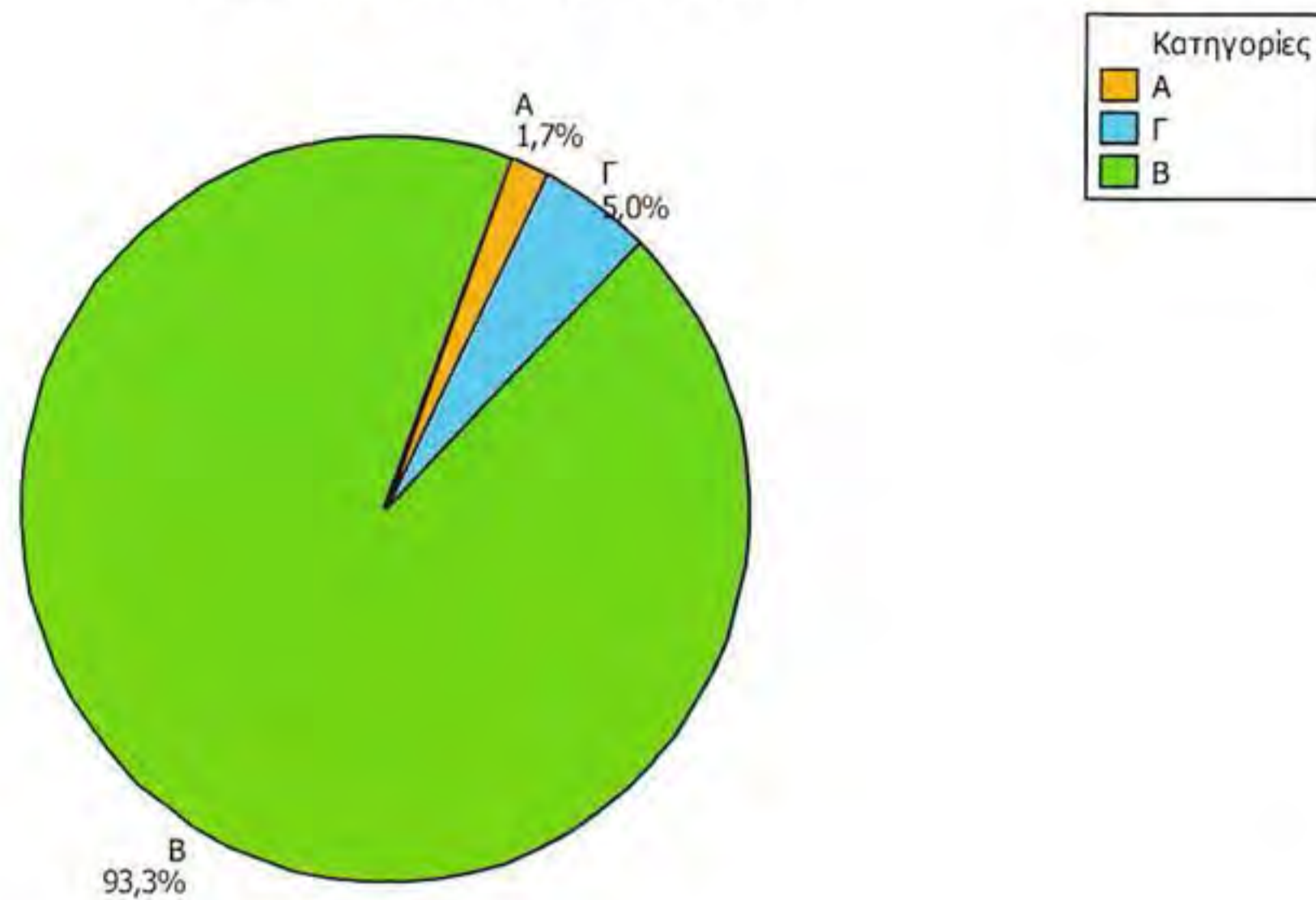


ΕΝΑΡΞΗ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ



Μεταβλητή συσχέτισης: ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΣΤΑΔΙΟ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

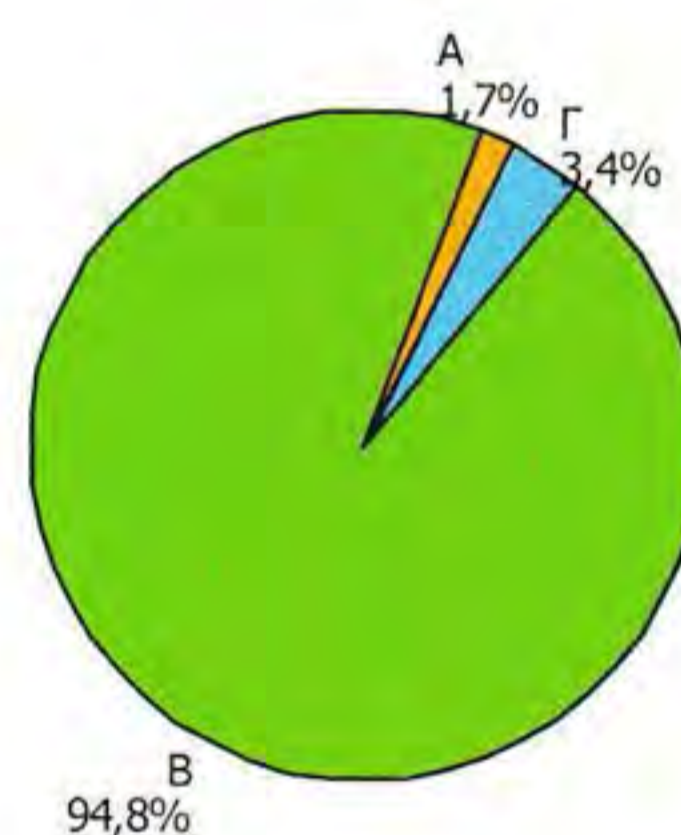


Το στάδιο του Λεμφοιδήματος κατά την έναρξη της θεραπείας ήταν: I Στάδιο 1,7%, II Στάδιο 93,3%, και III Στάδιο 5,0%.

ΣΤΑΔΙΟ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ

Άνδρες

Γυναίκες



Όλοι ακολούθησαν το ίδιο θεραπευτικό πρωτόκολλο, που περιελάμβανε: Παλμικά Μαγνητικά Πεδία (30 min), Κυκλοφορητή Άκρου (30min), Ειδική Αποιδηματική Μάλαξη - MANUAL LYMPHATIC DRAINAGE (MLD) (περίπου 60min), επίδεση του μέλους με ελαστικούς επιδέσμους ή ελαστικό «γάντι» συμπίεσης, συγκεκριμένο πρόγραμμα ασκήσεων και οδηγίες για την φροντίδα και υγιεινή του μέλους.

Πιο αναλυτικά:

ΠΑΛΜΙΚΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ: Το παλμικό μαγνητικό πεδίο διεισδύει στο σώμα ομοιόμορφα, ανεπηρέαστο και επιδρά στην ενδοκυτταρική κίνηση των ιόντων, αυξάνει δηλαδή την διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελάττωση του οιδήματος και του πόνου, η γρήγορη απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού, η αύξηση της παροχής οξυγόνου στην περιοχή, ενώ και τα περιφερειακά κινητικά νεύρα επανακτούν την λειτουργικότητα τους.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΗΤΗΣ ΑΚΡΟΥ: Ελαττώνει το οίδημα προωθώντας την φλεβική και λεμφική κυκλοφορία.

ΕΙΔΙΚΗ ΑΠΟΙΔΗΜΑΤΙΚΗ ΜΑΛΑΞΗ: Η λεμφική παροχέτευση, μέθοδος που ανέπτυξε ο Vodder κι επέκτεινε ο Asdonk, είναι μία ελαφρά, κυκλική επιφανειακή μάλαξη (διάταση των επιφανειακών ιστών) που εκτελείται με αυξομείωση του βαθμού πίεσης. Αυτό οδηγεί σε αύξηση της μεταφορικής ικανότητας των συλλεκτών λέμφου. Κυκλικές κινήσεις καθώς και

κινήσεις δίκην άντλησης και φτυαρίσματος κατά την μάλαξη αποσκοπούν στην μετακίνηση του υγρού του οιδήματος προς μία κεντρική κατεύθυνση.

ΕΠΙΔΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ: Σκοπός της συμπίεσης που ακολουθεί (επίδεσμοι, ιατρικά γάντια συμπίεσης) είναι να αποτραπεί η επέκταση του οιδήματος.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ: Γίνεται πάντα ενώ ο ασθενής φορά το ειδικό ελαστικό γάντι. Ο σκοπός των ασκήσεων είναι:

- 1- Κινητοποίηση του λεμφικού υγρού.
- 2- Διατήρηση ή βελτίωση της κινητικότητας των αρθρώσεων.
- 3- Βελτίωση της στάσης του σώματος.

Οι ασκήσεις δεν πρέπει να γίνονται με ένταση, αλλά με ήπιο και άνετο τρόπο, ακολουθώντας τις οδηγίες του Φυσικοθεραπευτή.

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ:

- Αποφεύγετε τις ακραίες θερμοκρασίες, τα καυτά μπάνια, τη σάουνα, ενώ μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνετε στην αποφυγή εγκαυμάτων.
- Προσοχή στις λοιμώξεις. Αν συμβούν απαιτείται άμεση αντιμετώπιση με αντιβίωση.
- Μην σηκώνετε ή μεταφέρετε βαριά αντικείμενα.
- Μην φοράτε σφικτά ρούχα, δακτυλίδια βραχιόλια κ.α.
- Προσοχή στη διατροφή. Ελάχιστο αλάτι, ελάχιστα τηγανιτά, αρκετά φρούτα και λαχανικά. Δίνετε σημασία στην διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους. Η παχυσαρκία ευνοεί την εμφάνιση Λεμφοιδήματος.
- Όχι αλκοόλ και κάπνισμα.
- Σχολαστική φροντίδα της επιδερμίδας και των νυχιών.
- Να κοιμάστε με το πάσχον μέλος σε ανάρροπη θέση.
- Ασκηθείτε με δραστηριότητες μικρής έντασης αλλά μεγάλης αποτελεσματικότητας, όπως είναι το κολύμπι, το περπάτημα, κ.α., ενώ δεν θα πρέπει να αμελείτε το θεραπευτικό πρόγραμμα ασκήσεων που σας έχει δώσει ο Φυσικοθεραπευτής.
- Ακόμα και για το ελάχιστο Λεμφοίδημα ακολουθήστε το ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης.
- Ταξιδεύετε φορώντας το ελαστικό γάντι, με το μέλος σε ανάρροπη θέση.
- Μην επιτρέπετε να σας παίρνουν αίμα ή να σας μετρούν την αρτηριακή πίεση από το πάσχον μέλος.
- Ενυδατώνεται την επιδερμίδα σας τακτικά με καλλυντικά που έχουν χαμηλό ή ουδέτερο pH.
- Χρησιμοποιείτε γάντια στις δουλειές του σπιτιού ή στην φροντίδα κατοικίδιων ζώων.
- Προ της έναρξης της θεραπείας μετράτε η περίμετρος του καρπού, η περίμετρος του αντιβραχίου 7 εκ. κάτω από τον αγκώνα, και η περίμετρος του βραχίονα 7εκ. πάνω από τον αγκώνα, τόσο στο πάσχον, όσο και στο υγιές μέλος. Οι ίδιες μετρήσεις επαναλαμβάνονται μετά το τέλος δέκα πέντε (15) συνεδριών. Η συχνότητα της θεραπείας είναι για τις πρώτες πέντε συνεδρίες καθημερινά, ενώ στη συνέχεια ανάλογα με την εξέλιξη, προοδευτικά η συχνότητα μεταβάλλεται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα ευρήματα η απόκλιση από το υγιές προ της θεραπείας ήταν 11,07 εκ. (15% μεγαλύτερο). Μετά τη θεραπεία η απόκλιση ήταν 3,74 εκ. (5% μεγαλύτερο).

Η μέση αποτελεσματικότητα σε σχέση με το υγιές ήταν 7,33 εκ. ή 66,22%.

κινήσεις δίκην άντλησης και φτυαρίσματος κατά την μάλαξη αποσκοπούν στην μετακίνηση του υγρού του οιδήματος προς μία κεντρική κατεύθυνση.

ΕΠΙΔΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ: Σκοπός της συμπίεσης που ακολουθεί (επίδεσμοι, ιατρικά γάντια συμπίεσης) είναι να αποτραπεί η επέκταση του οιδήματος.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ: Γίνεται πάντα ενώ ο ασθενής φορά το ειδικό ελαστικό γάντι. Ο σκοπός των ασκήσεων είναι:

- 1- Κινητοποίηση του λεμφικού υγρού.
- 2- Διατήρηση ή βελτίωση της κινητικότητας των αρθρώσεων.
- 3- Βελτίωση της στάσης του σώματος.

Οι ασκήσεις δεν πρέπει να γίνονται με ένταση, αλλά με ήπιο και άνετο τρόπο, ακολουθώντας τις οδηγίες του Φυσικοθεραπευτή.

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ:

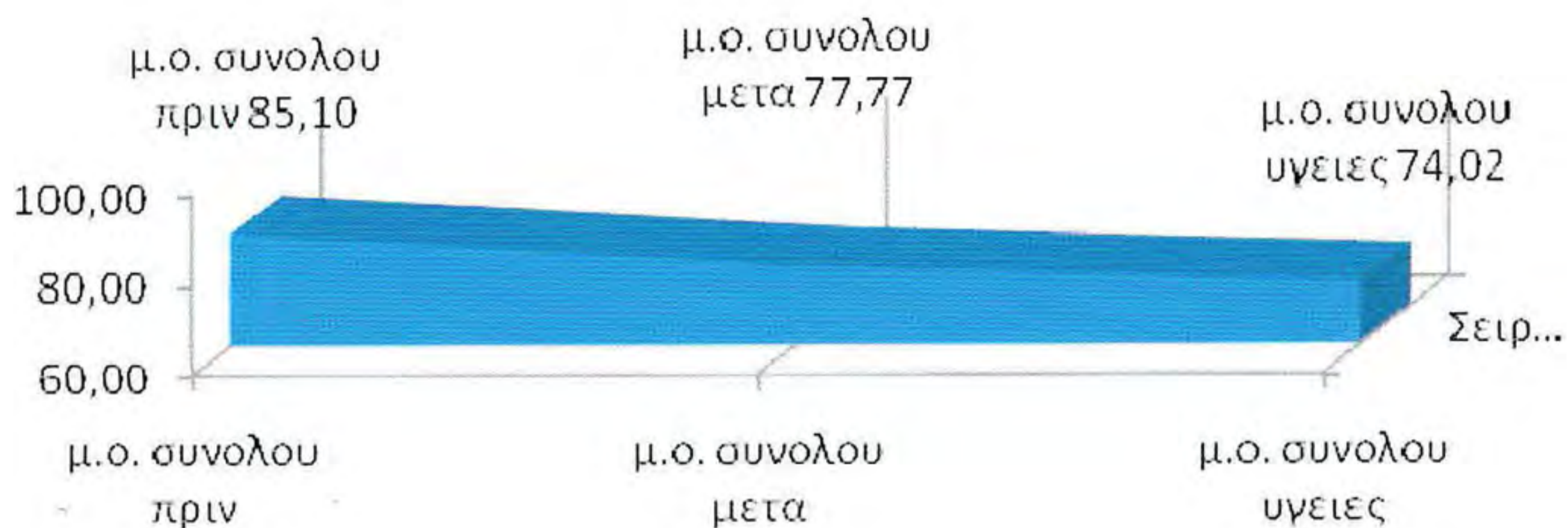
- Αποφεύγετε τις ακραίες θερμοκρασίες, τα καυτά μπάνια, τη σάουνα, ενώ μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνετε στην αποφυγή εγκαυμάτων.
- Προσοχή στις λοιμώξεις. Αν συμβούν απαιτείται άμεση αντιμετώπιση με αντιβίωση.
- Μην σηκώνετε ή μεταφέρετε βαριά αντικείμενα.
- Μην φοράτε σφικτά ρούχα, δακτυλίδια βραχιόλια κ.α.
- Προσοχή στη διατροφή. Ελάχιστο αλάτι, ελάχιστα τηγανιτά, αρκετά φρούτα και λαχανικά. Δίνετε σημασία στην διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους. Η παχυσαρκία ευνοεί την εμφάνιση Λεμφοιδήματος.
- Όχι αλκοόλ και κάπνισμα.
- Σχολαστική φροντίδα της επιδερμίδας και των νυχιών.
- Να κοιμάστε με το πάσχον μέλος σε ανάρροπη θέση.
- Ασκηθείτε με δραστηριότητες μικρής έντασης αλλά μεγάλης αποτελεσματικότητας, όπως είναι το κολύμπι, το περπάτημα, κ.α., ενώ δεν θα πρέπει να αμελείτε το θεραπευτικό πρόγραμμα ασκήσεων που σας έχει δώσει ο Φυσικοθεραπευτής.
- Ακόμα και για το ελάχιστο Λεμφοίδημα ακολουθήστε το ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης.
- Ταξιδεύετε φορώντας το ελαστικό γάντι, με το μέλος σε ανάρροπη θέση.
- Μην επιτρέπετε να σας παίρνουν αίμα ή να σας μετρούν την αρτηριακή πίεση από το πάσχον μέλος.
- Ενυδατώνεται την επιδερμίδα σας τακτικά με καλλυντικά που έχουν χαμηλό ή ουδέτερο pH.
- Χρησιμοποιείτε γάντια στις δουλειές του σπιτιού ή στην φροντίδα κατοικίδιων ζώων.
- Προ της έναρξης της θεραπείας μετράτε η περίμετρος του καρπού, η περίμετρος του αντιβραχίου 7 εκ. κάτω από τον αγκώνα, και η περίμετρος του βραχίονα 7εκ. πάνω από τον αγκώνα, τόσο στο πάσχον, όσο και στο υγιές μέλος. Οι ίδιες μετρήσεις επαναλαμβάνονται μετά το τέλος δέκα πέντε (15) συνεδριών. Η συχνότητα της θεραπείας είναι για τις πρώτες πέντε συνεδρίες καθημερινά, ενώ στη συνέχεια ανάλογα με την εξέλιξη, προοδευτικά η συχνότητα μεταβάλλεται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

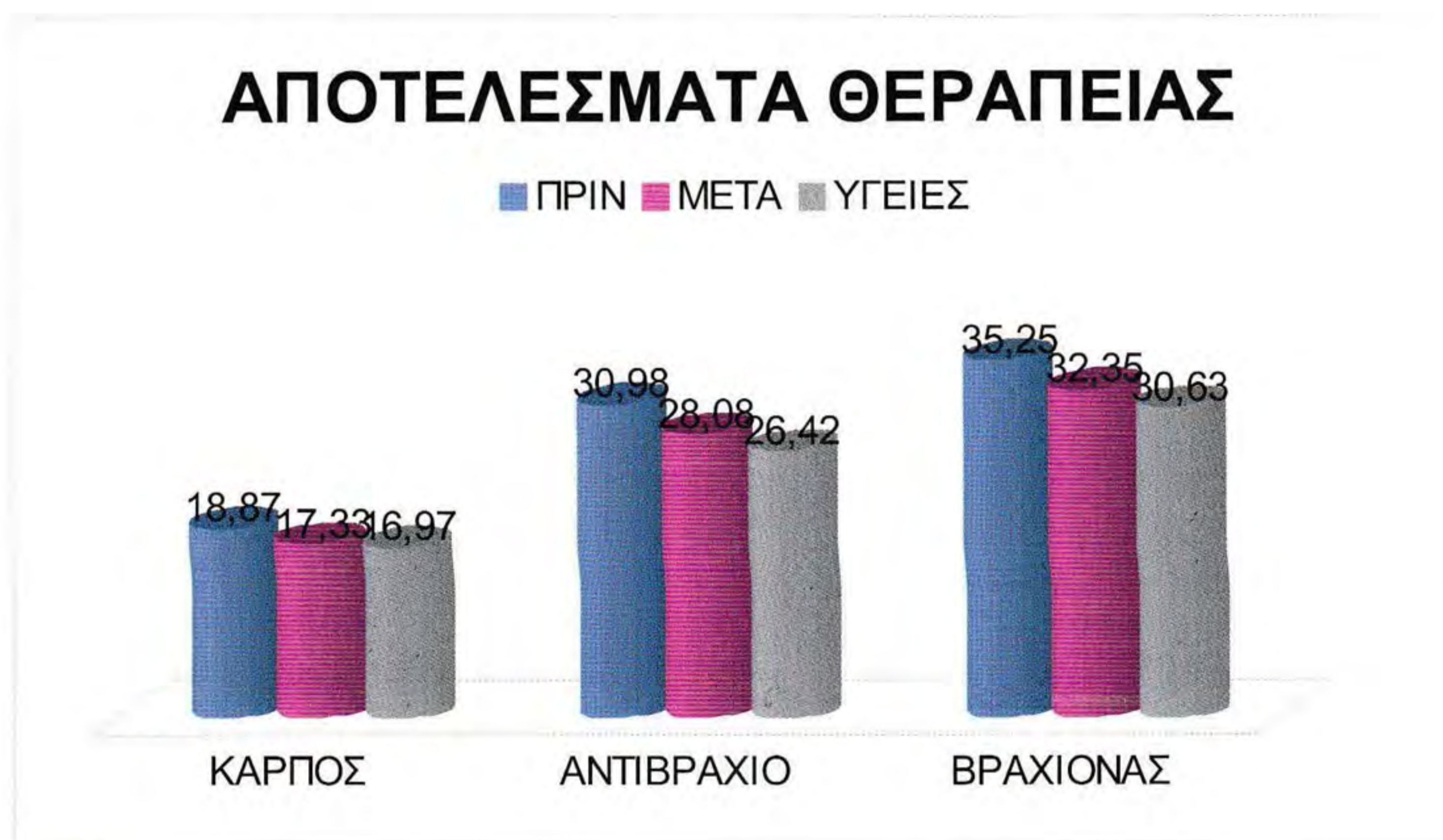
Σύμφωνα με τα ευρήματα η απόκλιση από το υγιές προ της θεραπείας ήταν 11,07 εκ. (15% μεγαλύτερο). Μετά τη θεραπεία η απόκλιση ήταν 3,74 εκ. (5% μεγαλύτερο).

Η μέση αποτελεσματικότητα σε σχέση με το υγιές ήταν 7,33 εκ. ή 66,22%.

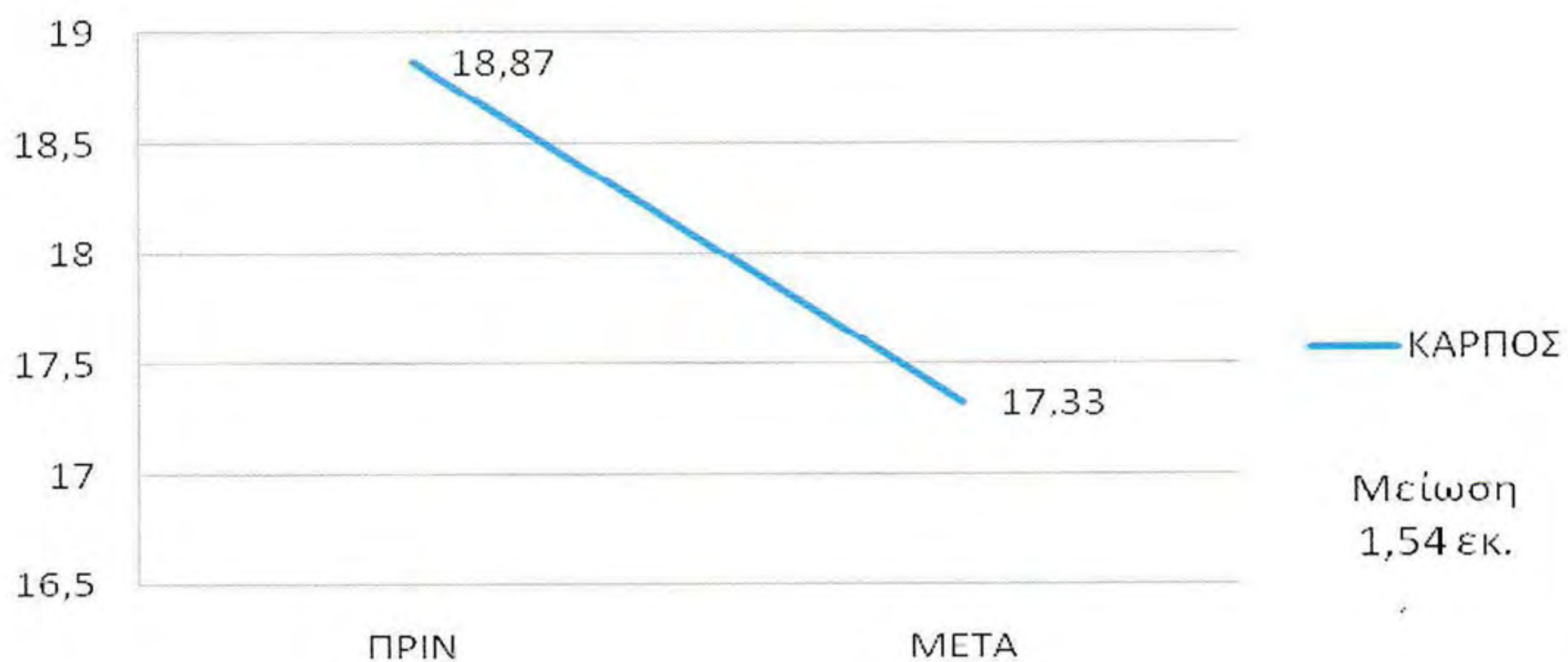
Μ.ο. Εκ. Συνολικού χεριού



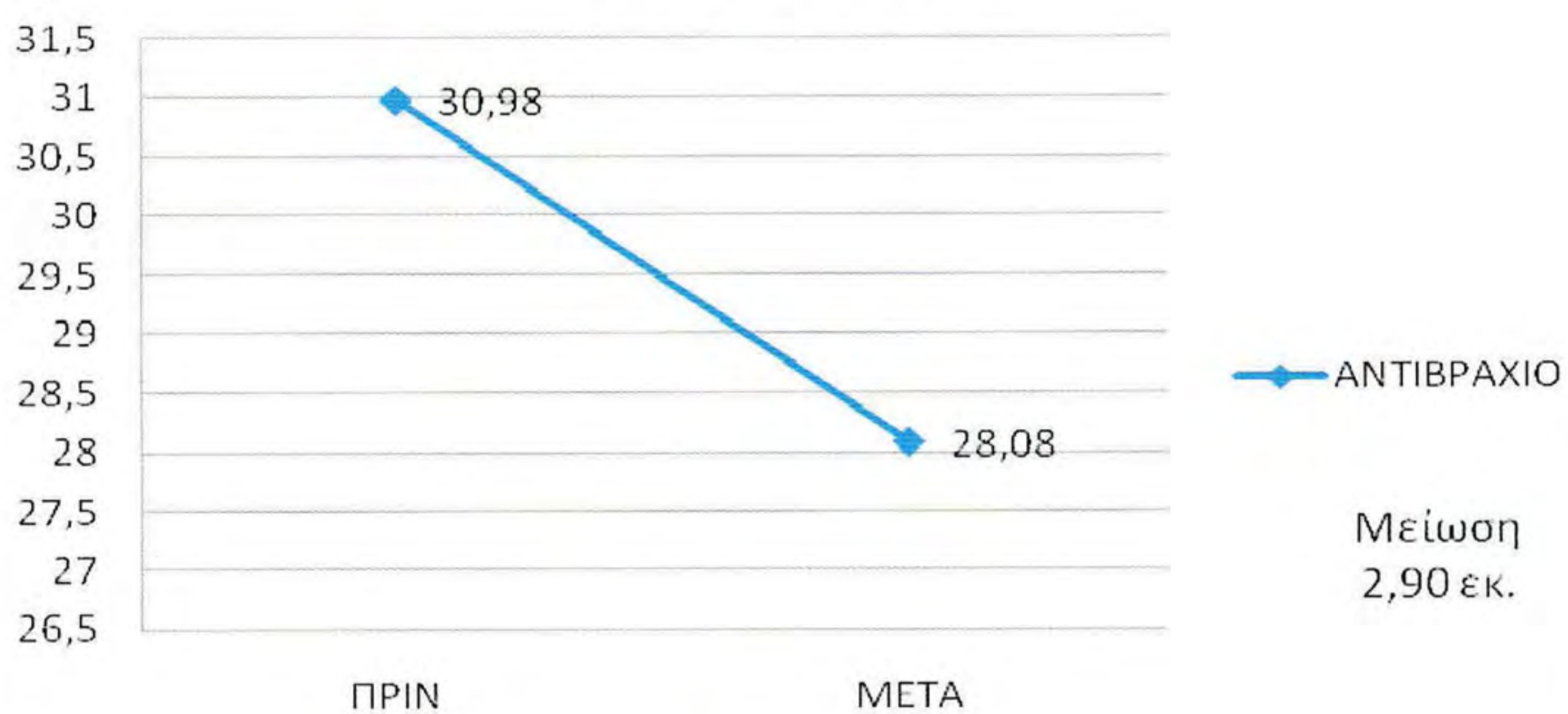
Πιο αναλυτικά τ' αποτελέσματα είναι:



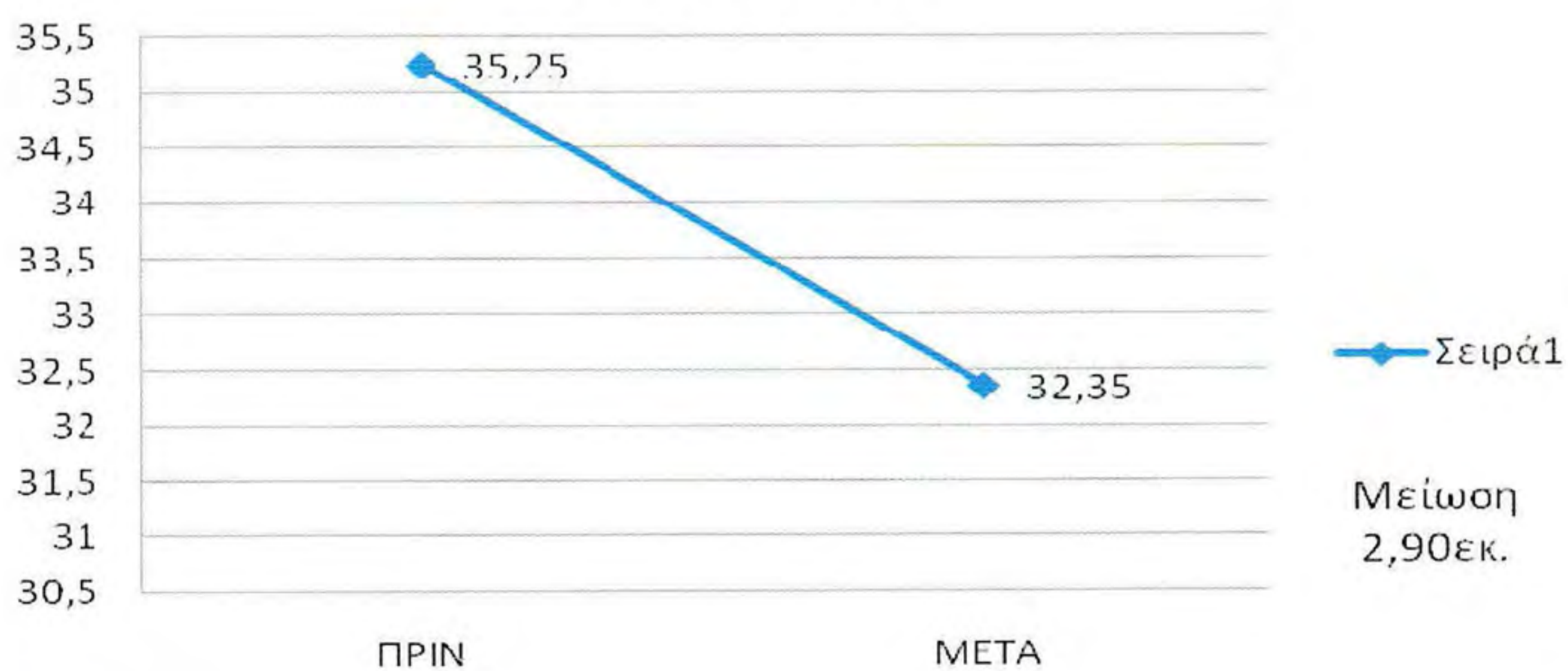
ΚΑΡΠΟΣ



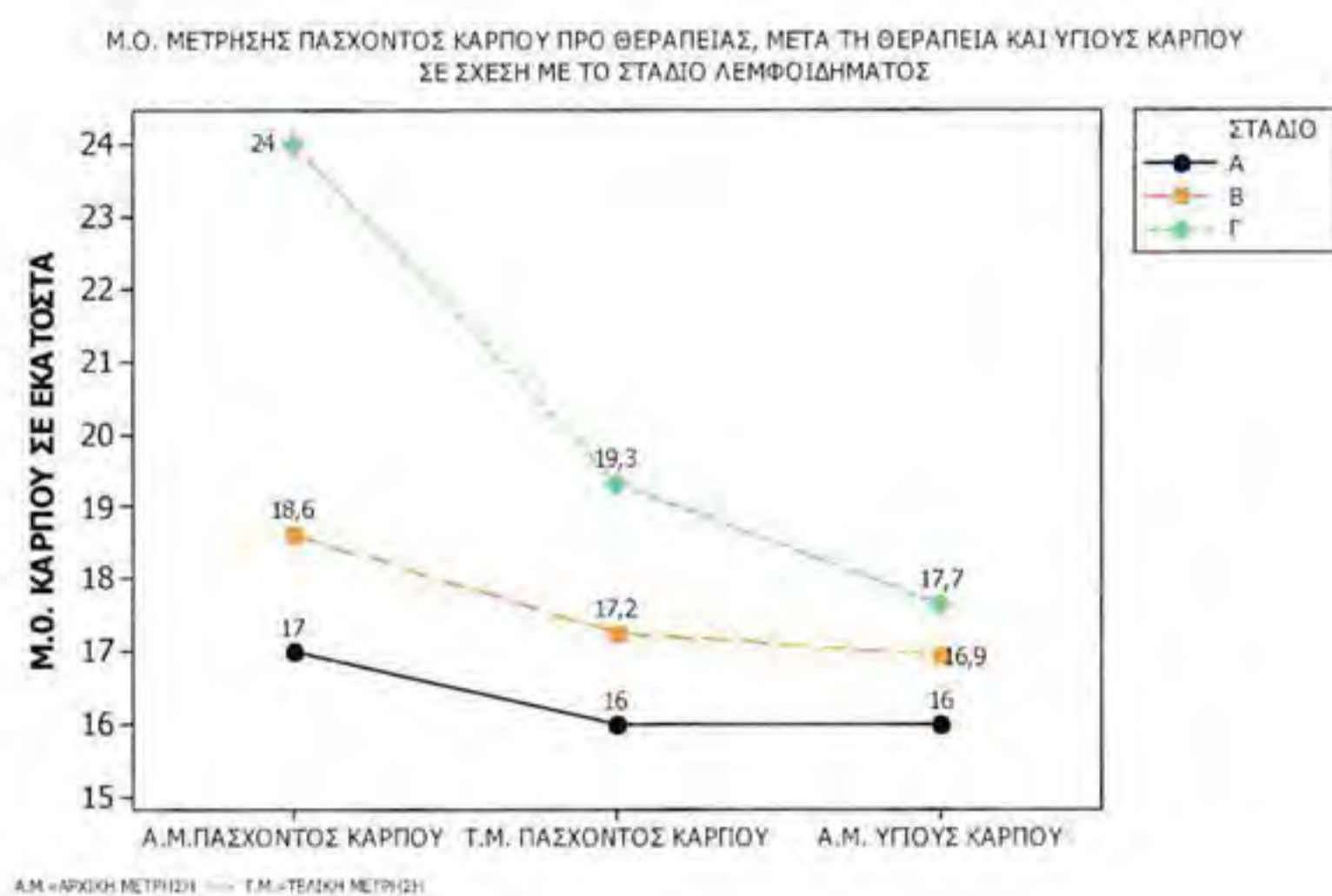
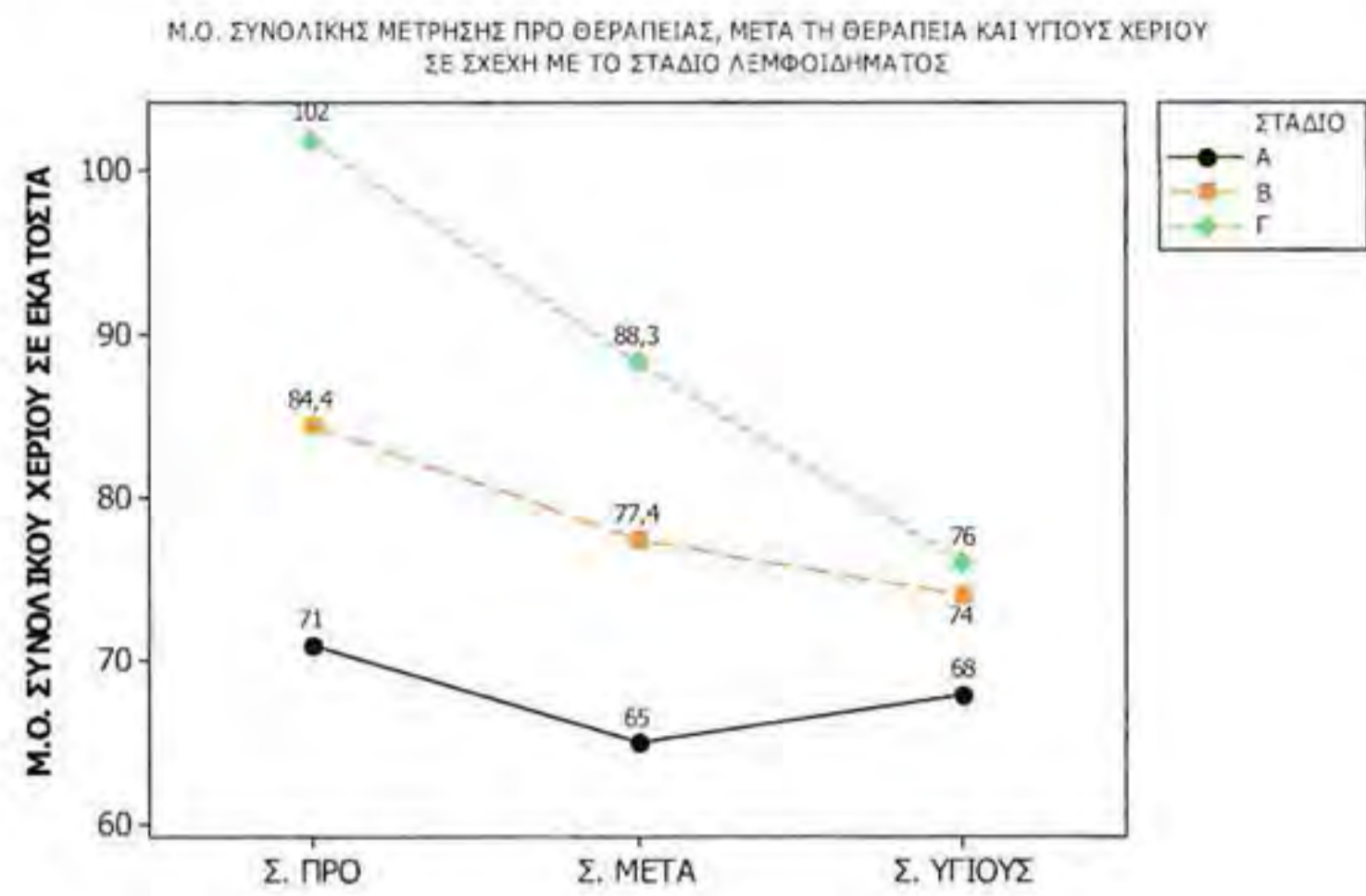
ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟ



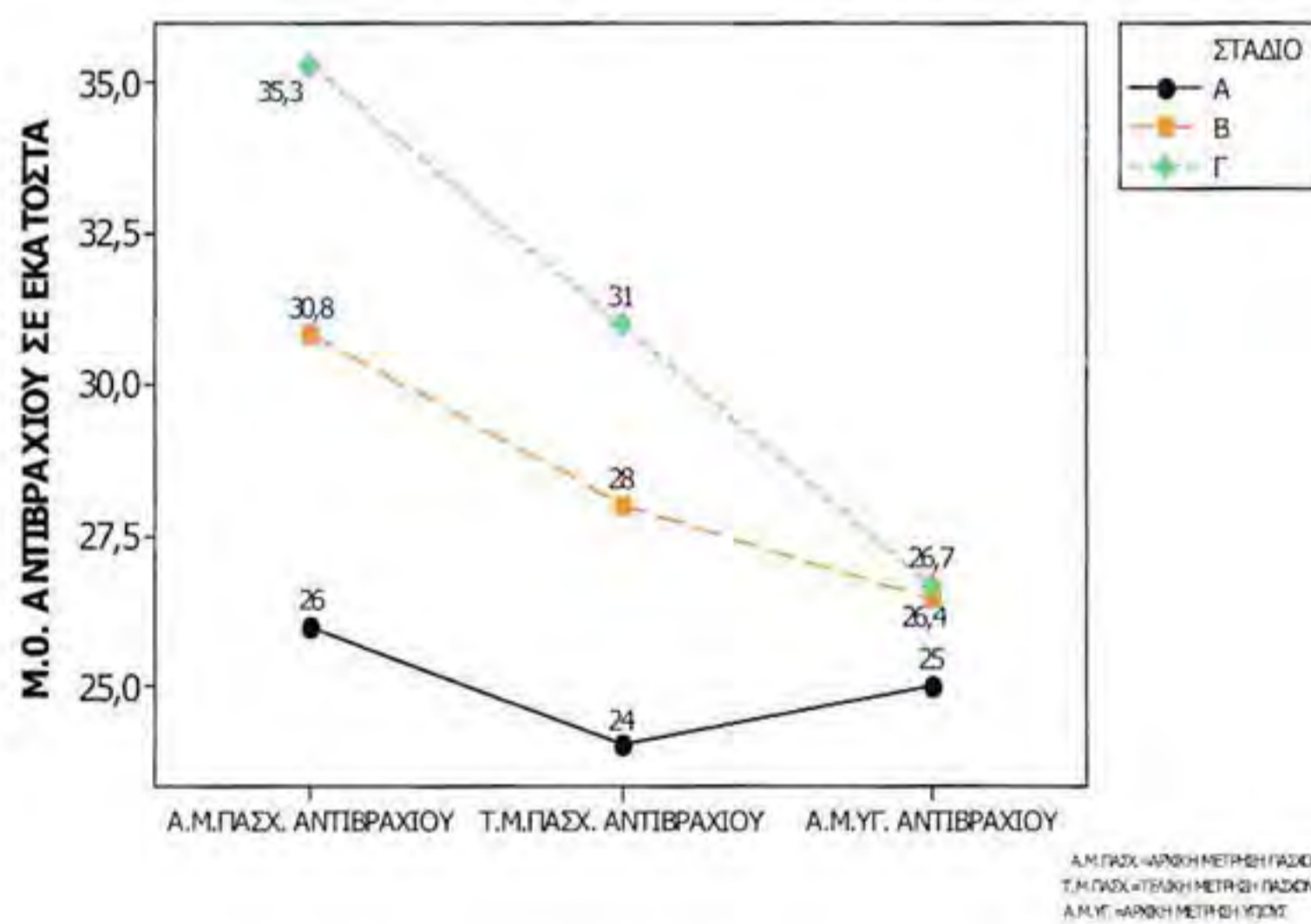
ΒΡΑΧΙΟΝΑ



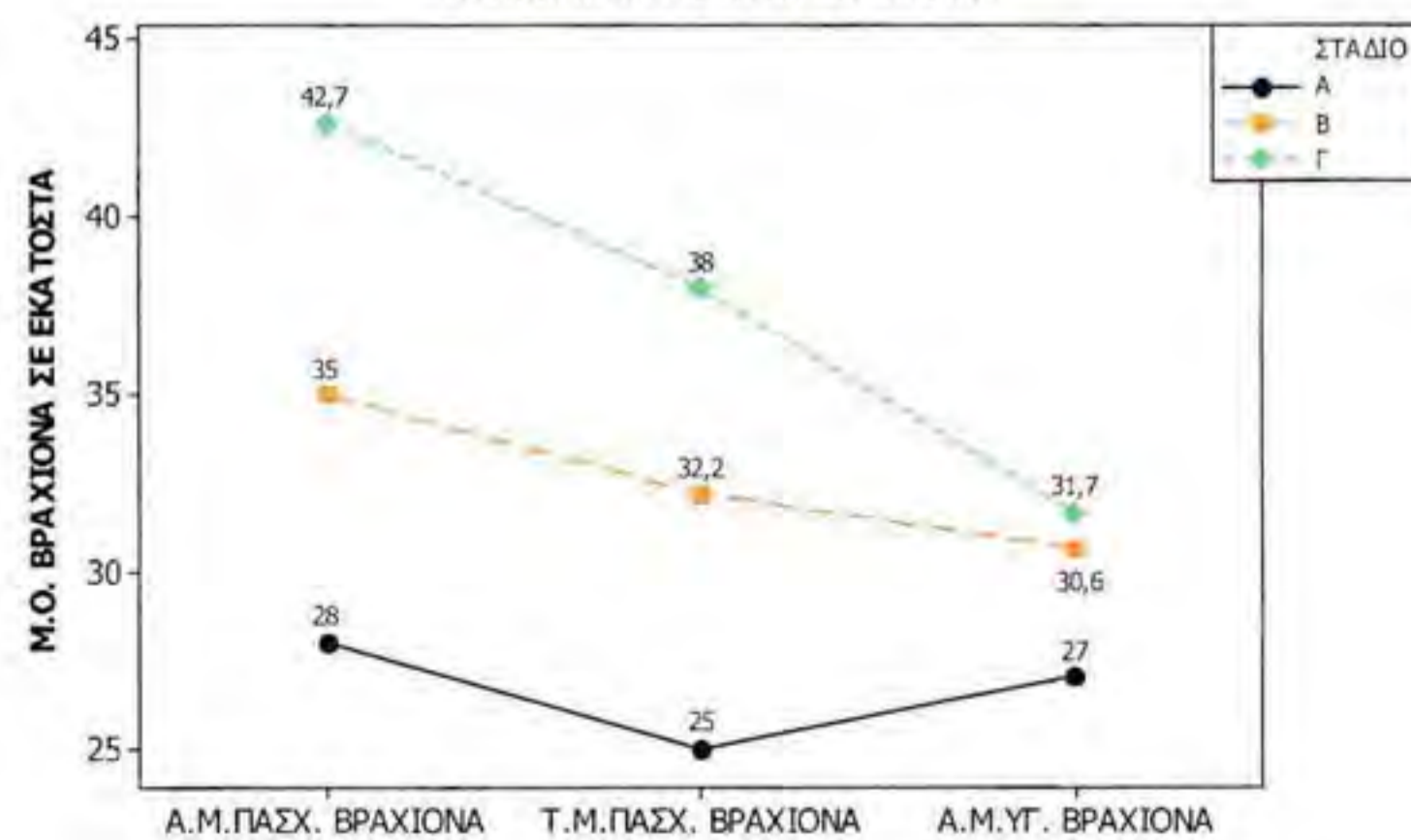
Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της θεραπείας σε σχέση με το στάδιο του Λεμφοιδήματος κατά την έναρξη της:



Μ.Ο. ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ ΠΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

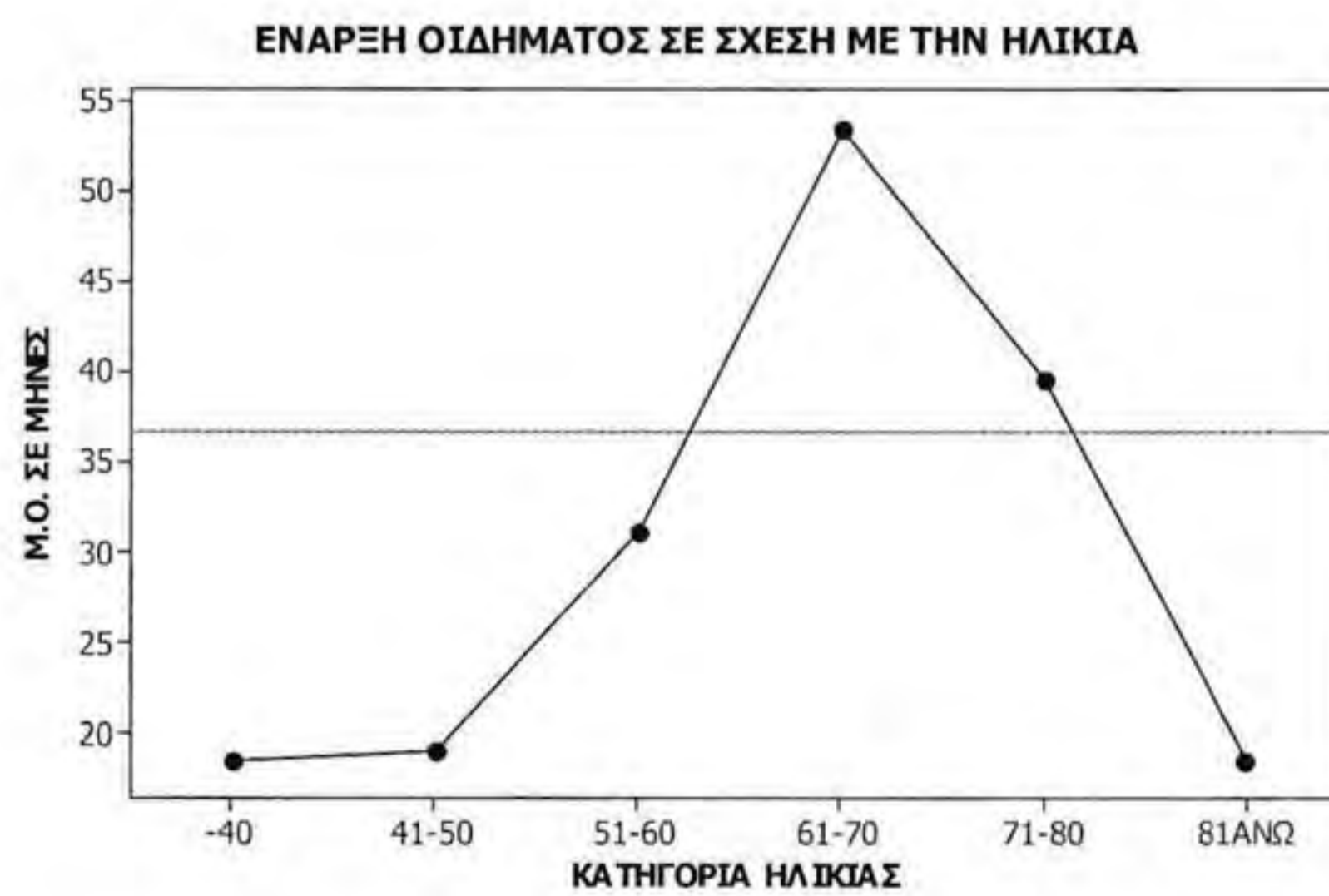


Μ.Ο. ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΒΡΑΧΙΟΝΑ ΠΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΙΟΥΣ ΒΡΑΧΙΟΝΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα ευρήματα οι ασθενείς κινδυνεύουν να εμφανίσουν Λεμφοίδημα κυρίως τα πρώτα 3 έτη μετά το χειρουργείο, ενώ στη συνέχεια υπάρχει ο κίνδυνος αλλά σε μικρότερο βαθμό.

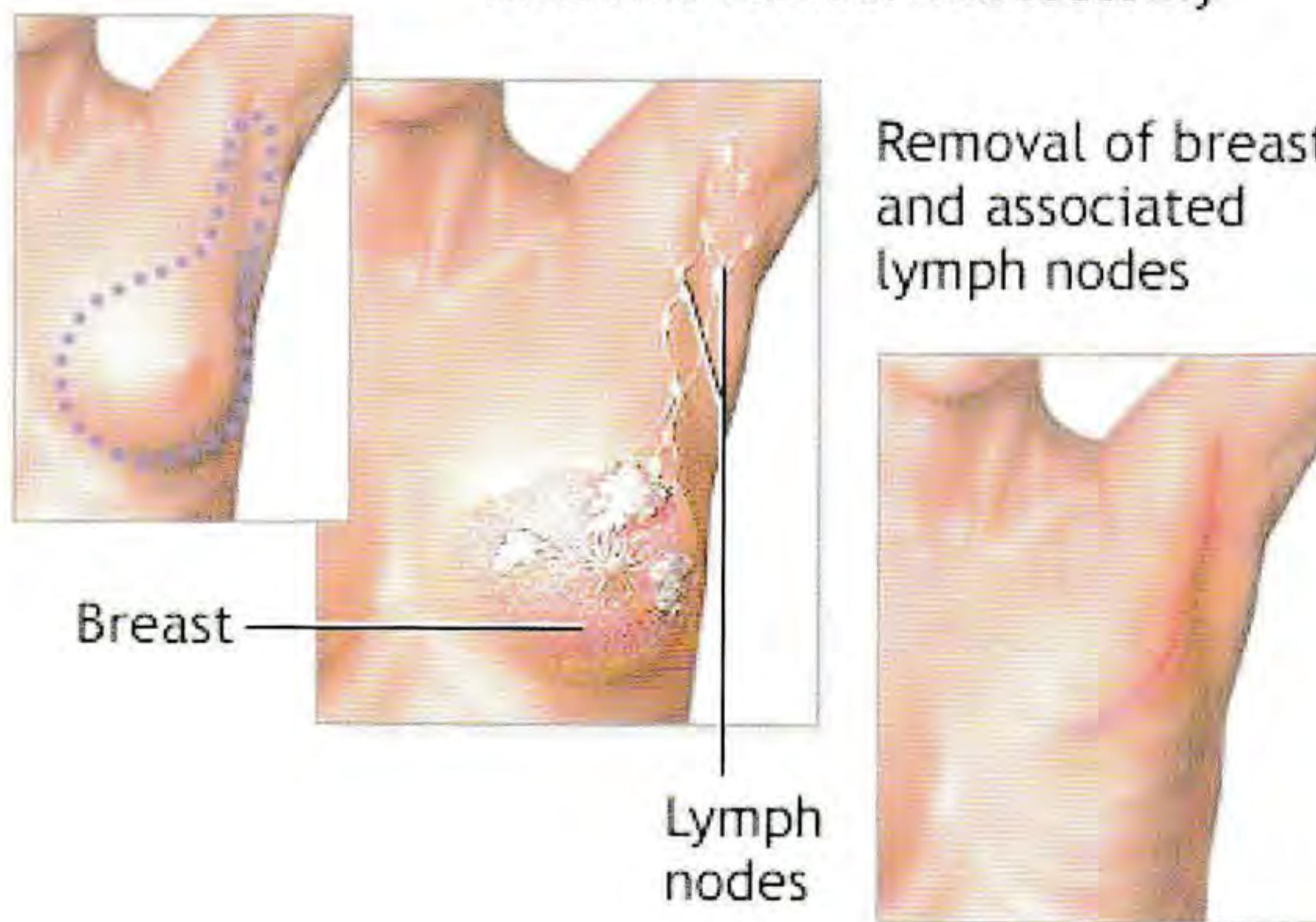


Οι ασθενείς ηλικίας 50 ετών και άνω κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν δευτεροπαθές Λεμφοίδημα. Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι παρόλο που η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι σαφώς μεγαλύτερη στο I Στάδιο, το 93,3% των ασθενών προσήλθαν για θεραπεία όταν ήταν πλέον στο II Στάδιο. Σε σχετική ερώτηση που τους υποβλήθηκε, απάντησαν ότι δεν προσήλθαν νωρίτερα για θεραπεία γιατί κανείς δεν τους το πρότεινε. Δεν είχαν ενημέρωση ούτε γιατί προκλήθηκε το οίδημα, ούτε τι μπορούσαν να κάνουν στη συνέχεια. Θεωρούμε ότι ακριβώς αυτό είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που θα πρέπει να διαχειριστούμε όλοι εμείς που ασχολούμαστε με την Ογκολογική Αποκατάσταση. Η ενημέρωση των ασθενών, για τις πιθανές επιπλοκές και τον τρόπο αντιμετώπισης των, είναι μέρος των υποχρεώσεων μας προς αυτούς. **Ειδικότερα για το Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα η αλήθεια είναι ότι η ταχύτητα στην έναρξη της θεραπείας είναι καθοριστική για το αποτέλεσμα.**

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι με το προτεινόμενο πρωτόκολλο θεραπείας, από το τμήμα Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», ακόμα όταν το Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί ολοκληρωτικά, μπορεί να ελεγχθεί, και να το περιοριστεί, επιτυγχάνοντας ένα καλό αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, ενώ απαλλάσσει τον ασθενή από πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους.

Απαιτείται να ακολουθήσουν και άλλες μελέτες, με διαφορετικά πρωτόκολλα θεραπειών, ακόμα και συγκριτικά, ώστε να έχουμε μια περισσότερο αντικειμενική άποψη. Σε κάθε περίπτωση όμως μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το προτεινόμενο πρωτόκολλο είναι αξιόπιστο και χρήσιμο προς όφελος των ασθενών.

Modified radical mastectomy



ADAM.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν χωρίζονται σε ποσοτικά και ποιοτικά. Για την ανάλυση τους χρησιμοποιήθηκαν απλές μέθοδοι της περιγραφικής στατιστικής, τόσο αριθμητικές (πίνακες συχνότητας, μέτρα θέσεως κ.α.), όσο και γραφικές (τομεογράμματα ποσοστιαίων συχνότητας, ραβδογράμματα, ιστογράμματα κ.α.). Τέλος καταρτίστηκαν πίνακες και γραφικές παραστάσεις για τον έλεγχο εξάρτησης δύο ή περισσότερων μεταβλητών. Για τη συλλογή και την ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω εφαρμογές: Physiorelease 1.0, Ms Office 2003, Minitab 15.1.0.0. Η συλλογή και η στατιστική ανάλυση των δευτερογενών στοιχείων υλοποιήθηκε από την κ. Γκάζα Ν. Αικατερίνη, στην Αθήνα τον Ιούλιο του 2008.

Αθηνά Κατσιμήτρου, MLD

Χαράλαμπος Τιγγινάγκας, Φυσικοθεραπευτής

Προϊστάμενος Τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»

Το πλάσμα του αίματος με την βοήθεια των πρωτεϊνών περνάει από τα τοιχώματα των τριχοειδών αρτηριακών αγγείων. Σχηματίζει το «ενδιάμεσο υγρό», που είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες. Το 90% έως 98% αυτού του υγρού μετά την ολοκλήρωση του έργου του επιστρέφει στα φλεβικά τριχοειδή αγγεία για τον δρόμο επιστροφής προς την καρδιά, ώστε να εμπλουτιστεί σε οξυγόνο και άλλα θρεπτικά συστατικά για να επαναληφθεί ο ίδιος κύκλος.

Το 2% έως 8% αυτού του υγρού θα απομακρυνθεί με το λεμφικό σύστημα. Τα λεμφικά αγγεία είναι επιφανειακά, βρίσκονται στο όριο μεταξύ επιδερμίδας και δέρματος, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες κατασκευές, που αποτελούνται από ίνες ελαστικές και κολλαγόνου. Όταν αυξηθεί η πίεση που δέχονται από την αύξηση της ποσότητας του «ενδιάμεσου υγρού», τότε ανοίγουν οι πόροι τους, με σκοπό να εισχωρήσει το πλούσιο σε πρωτεΐνες υγρό και στην συνέχεια να μετακινηθεί.

Είναι πολύ σημαντική η απομάκρυνση των πρωτεϊνών από την περιοχή γιατί αφενός είναι πολύ ογκώδη για να απομακρυνθούν από τα φλεβικά τριχοειδή αγγεία, αφετέρου αν παραμείνουν κάνουν κατακράτηση νερού, με αποτέλεσμα φυσικά την δημιουργία οίδηματος.

Στην συνέχεια η λέμφος, το υγρό που σχηματίζεται, μετακινείται σε μεγαλύτερα αγγεία που έχουν βαλβίδες μίας κατεύθυνσης. Ο χώρος μεταξύ των δύο βαλβίδων ονομάζεται *lymph angion*. Αυτό είναι η «καρδιά» που μετακινεί την λέμφο. Στα τοιχώματα κάθε *lymph angion* υπάρχουν αισθητήρια όργανα ευαίσθητα στην διάταση. Μόλις διαταθούν τα τοιχώματα του από την είσοδο του λεμφικού υγρού, τότε γίνεται σύσπαση των λείων μυών του τοιχώματος. Η σύσπαση προκαλεί μια κίνηση σαν να «στύβονται» τα αγγεία, προωθώντας το υγρό στο επόμενο. Αυτή η λειτουργία δημιουργεί ένα φαινόμενο απορρόφησης του λεμφικού υγρού σε ολόκληρο το σύστημα. Έτσι αν κινητοποιείται το υγρό στην περιοχή της κοιλίας, αυτό επηρεάζει αυξάνοντας την κινητοποίηση στα πόδια.

Η κίνηση του λεμφικού υγρού επηρεάζεται από:

1. Από την σύσπαση των τοιχωμάτων των λεμφαγγείων.
2. Από την μυϊκή σύσπαση.
3. Από την αναπνοή.
4. Από τον παλμό των αρτηριών.

Στη συνέχεια τα αγγεία αυτά ενώνονται σε μεγαλύτερα και διέρχονται μέσα από τους λεμφαδένες. Οι λεμφαδένες έχουν το μέγεθος μιας ελιάς. Ο σκοπός αυτής της διέλευσης του λεμφικού υγρού από τους λεμφαδένες είναι για να φιλτραριστεί και να καθαριστεί από:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------|
| 1. Πρωτεΐνες. | 2. Νεκρά κύτταρα |
| 3. Άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού. | 4. Βακτηρίδια. |
| 5. Ιούς. | 6. Νερό. |
| 7. Λίπος. | 8. Ανόργανες ουσίες. |

Με την ειδική αποιδηματική μάλαξη (MLD), αυξάνεται η κίνηση του λεμφικού υγρού περίπου είκοσι φορές. Αντίθετα αν ασκηθεί μεγάλη πίεση πάνω στα λεμφικά αγγεία τότε αυτά συνθλιβονται και φυσικά το οίδημα αυξάνεται.

Στους λεμφαδένες υπάρχουν τα λεμφοκύτταρα, που αποτελούν σημαντικό τμήμα του Φυσικού αμυντικού μηχανισμού του σώματος. Αυτά καθαρίζουν την λέμφο από τους παθογόνους μηχανισμούς. Η αύξηση της κίνησης του λεμφικού υγρού με την MLD, μέσα από τους λεμφαδένες αυξάνει την παραγωγή λεμφοκυττάρων κατά 30%.

Οι λεμφαδένες απορροφούν το 40% των υγρών της λέμφου, ενώ δημιουργούν την μεγαλύτερη αντίσταση στην ροή της. Με την MLD ξεπερνάμε αυτήν την αντίσταση, ώστε η λέμφος να συνεχίσει την ροή της προς την βάση του Αυχένα όπου θα ενωθεί με την φλεβική κυκλοφορία για την πορεία προς την καρδιά.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από τις παρουσιάσεις που προηγήθηκαν γίνεται αντιληπτό ότι ο καρκίνος επηρεάζει σημαντικά τη ζωή και τη ψυχή του ασθενή. Επηρεάζει την λειτουργική του ικανότητα, αλλά και την ψυχική του ισορροπία. Επηρεάζει τις σχέσεις του με το άμεσο περιβάλλον, αλλά και την συμμετοχή του στο κοινωνικό σύνολο. Έχει σημαντικές εργασιακές και οικονομικές επιπτώσεις. Από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου, δεν θα ήταν υπερβολή αν ισχυριστούμε ότι αλλάζει συνολικά η ζωή του ασθενή και του περιβάλλοντος του.

Απαιτείται λοιπόν μια συντονισμένη παρέμβαση από ομάδα επιστημόνων, με σκοπό να ελαχιστοποιήσουν τις αρνητικές επιπτώσεις, να στηρίξουν τον ασθενή και το περιβάλλον του, και να εξασφαλίσουν την αξιοπρέπεια του, ακόμα και όταν ο αγώνας είναι άνισος.

Η «Ογκολογική Αποκατάσταση» με τη μορφή της λειτουργικής βελτίωσης του ασθενή είναι μια αναγκαιότητα που καλούμαστε να υλοποιήσουμε.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α' ΕΝΟΤΗΤΑ

Εισαγωγή στην Ογκολογική Αποκατάσταση	13
Χ. Τιγγινάγκας	
Ογκολογική Ορθοπαιδική Κλινική - Ομάδες ασθενών - Στόχοι αποκατάστασης	17
J.A. Nixon, Ν. Κουτσελίνης, Θ. Καρίνος, Γ. Βατικιώτης	
Ογκολογική Παθολογική Κλινική - Ομάδες ασθενών - Στόχοι αποκατάστασης.....	21
Γ. Ρηγάτος, Αθ. Καραγιάννης	
Ογκολογική Νευροχειρουργική Κλινική - Ομάδες ασθενών - Στόχοι αποκατάστασης	29
Δ. Καζαντζής	
Αιματολογικοί Ογκολογικοί ασθενείς - Στόχοι αποκατάστασης	35
Μαρ. Σταματέλου, Κ. Παπαπαναστασίου	
Κλινική Μαστού - Ποιες οι ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών, και ποιοι οι στόχοι της αποκατάστασης.....	37
Εμμ. Παναγόπουλος	
Ο ρόλος της Ογκολογικής Αποκατάστασης σε ασθενείς τελικού σταδίου	39
Βασ. Μπαρμπούνης	
Πως η μουσική μπορεί να βοηθήσει την αποκατάσταση βαρέως πασχόντων ασθενών	41
Α. Αληγεώργα	

B' ΕΝΟΤΗΤΑ

- Ο ρόλος των Εναλλακτικών θεραπειών στην Ογκολογική Αποκατάσταση 45
Σπ. Κυβέλλος
- Νευροθεραπεία διά χειρισμών: Είναι πράγματι ένα χρήσιμο εργαλείο για τους φυσιοθεραπευτές στην αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με άλγος καρκίνου; 51
Nico Pauly
- Βασικές αρχές αποκατάστασης σε ογκολογικό νευρολογικό ασθενή..... 59
Δάφνη Μπακαλίδου
- Βασικές αρχές πρόληψης - αποκατάστασης Λεμφοιδήματος μετά από Μαστεκτομή 65
Χαρ. Τιγγινάγκας, Α. Κατσιμήτρου, Β. Βλάσση
- Μετεγχειρητική αποκατάσταση - Φυσικοθεραπεία Ορθοπεδικών ογκολογικών ασθενών 71
Χαρ. Τιγγινάγκας, Θ. Βαντόλας

Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ

- Δευτεροπαθές λεμφοίδημα: Έλεγχος αποτελεσματικότητας της θεραπείας 75
Α. Κατσιμήτρου, Χ. Τιγγινάγκας
- Λεμφικό σύστημα 87
Α. Κατσιμήτρου, Χ. Τιγγινάγκας



ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ:
"ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ"