



## STREFA FIZJOTERAPII ONKOLOGICZNEJ, PRZECIWZASTOINOWEJ, PRZECIWOBZRĘKOWEJ - Onkologia

Wykonywanie ćwiczeń fizycznych i uprawianie sportu przez osoby z chorobą nowotworową jeszcze do niedawna wzbudzało wątpliwości i obawy, które wynikały z przeświadczenia o ich wpływie na obniżenie odporności organizmu oraz nasilenie skutków ubocznych leczenia onkologicznego. Okazuje się jednak, iż unikanie wysiłku fizycznego paradoksalnie nasila skutki uboczne leczenia nowotworów, obniżając także jego skuteczność. Obecnie nie ma już wątpliwości, że ćwiczenia fizyczne są bezpieczną i skuteczną metodą przywracania sprawności psychofizycznej osób leczonych z powodu choroby nowotworowej, mogą jednak istnieć pewne ograniczenia do stosowania niektórych form aktywności. Ćwiczenia fizyczne nie tylko poprawiają sprawność psychofizyczną, ułatwiają i przyspieszają powrót do pełnej aktywności życiowej, ale także mają wpływ na wzrost skuteczności leczenia choroby nowotworowej, zwiększając odporność organizmu oraz poprawiając stan psychiczny chorych. Wszystkie badania potwierdzają, że osoby aktywne i sprawne fizycznie mają nawet o 50% niższe ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej, jej nawrotu lub przedwczesnej śmierci.

U osób chorych na nowotwory istnieją także często wskazania do zastosowania fizykoterapii, które mogą wynikać ze wspomagania rehabilitacji czynnościowych zaburzeń po leczeniu nowotworów lub chorób współistniejących. Wykorzystanie fizykoterapii w onkologii nadal budzi obawy i kontrowersje, związane przede wszystkim z bodźcowym działaniem tych czynników, które być może zwiększa ryzyko nawrotu lub rozsiewu choroby nowotworowej. Brak jest jednak jednoznacznych dowodów naukowych potwierdzających te obawy, a jednocześnie nie są sprecyzowane ograniczenia do stosowania fizykoterapii w onkologii. Natomiast jest coraz więcej przykładów potwierdzających skuteczność czynników fizykalnych we wspomaganiu rehabilitacji chorych na nowotwory złośliwe, czego najlepszym przykładem jest stosowanie różnych metod fizykoterapii w redukcji wtórnego obrzęku chłonnego.

Mniejsze kontrowersje dotyczą masażu w rehabilitacji onkologicznej, który jest stosowany głównie w przypadku redukcji obrzęku chłonnego jako ręczny drenaż chłonny lub masaż pneumatyczny. Dotychczasowe badania nie wykazały istotnie częstszego nawrotu nowotworu lub jego rozsiewu po zastosowaniu tych metod. Jednak zawsze należy wnikliwie rozważyć stosowanie masażu obrzękniętej kończyny, w obrębie której zlokalizowany był nowotwór, okolic przyległych do leczonego obszaru oraz po radioterapii.

Szczególne miejsce w rehabilitacji onkologicznej zajmuje rehabilitacja kobiet po mastektomii. Kompleksowe postępowanie po zabiegu mastektomii obejmuje opiekę lekarską, fizjoterapeutyczną oraz psychologiczną. Każdy aspekt jest niezbędny w procesie powrotu do zdrowia oraz społecznego funkcjonowania. Ćwiczenia prowadzone przed zabiegiem skupiają się na kończynie górnej po stronie operowanej. Dąży się do osiągnięcia bądź utrzymania prawidłowych zakresów ruchomości w stawach, a także wzmocnienia siły mięśni. Prowadzone ćwiczenia mają na celu także poprawę przepływu chłonki w



obrębie kończyny górnej. Po zabiegu mastektomii ważnym aspektem jest świadomość pacjentek, na jakie powikłania są narażone. Są to między innymi:

- zaburzona postawa ciała objawiająca się najczęściej bocznym skrzywieniem kręgosłupa, protracją barków (wysunięcie w przód) czy odstającą łopatką,
- ograniczony zakres ruchomości w obrębie obręczy barkowej,
- wtórny obrzęk chłonny w obrębie kończyny górnej,
- spadek siły mięśniowej w kończynie górnej po stronie operowanej.

Dlatego też istotne jest przestrzeganie pewnych zasad w życiu codziennym (zwłaszcza u pacjentek, u których usunięto węzły chłonne dołu pachowego) oraz regularna fizjoterapia.

#### Bibliografia:

1. Rehabilitacja w onkologii. Woźniewski M. Świat Medycyny. 2015 Marzec 23.
2. Kompleksowe postępowanie po zabiegu mastektomii. Kumor K. Fizjoplaner. 2016. Grudzień 02.
3. Exercise Decreases and Smoking Increases Bladder Cancer Mortality. Liss MA, White M, Natarajan L, Parsons JK. Clin Genitourin Cancer. 2016 Dec 1. pii: S1558-7673(16)30342-1.
4. Occupational sedentariness and breast cancer risk. Johnsson A, Broberg P, Johnsson A, Tornberg ÅB, Olsson H. Acta Oncol. 2017 Jan;56(1):75-80.
5. Physician role in physical activity for African-American males undergoing radical prostatectomy for prostate cancer. Williams F, Imm KR, Colditz GA, Houston AJ, Yang L, Gilbert KL, Drake BF. Support Care Cancer. 2016 Dec 21. doi: 10.1007/s00520-016-3505-7.
6. Exercise-induced biochemical changes and their potential influence on cancer: a scientific review. Thomas RJ, Kenfield SA, Jimenez A. Br J Sports Med. 2016 Dec 19. pii: bjsports-2016-096343. doi: 10.1136/bjsports-2016-096343.
7. Modifiable lifestyle factors that could reduce the incidence of colorectal cancer in New Zealand. Richardson A, Hayes J, Frampton C, Potter J. N Z Med J. 2016 Dec 16;129(1447):13-20.
8. Physical Activity and Adiposity-related Inflammation: The MESA. Vella CA, Allison MA, Cushman M, Jenny NS, Miles MP, Larsen B, Lakoski SG, Michos ED, Blaha MJ. Med Sci Sports Exerc. 2016 Dec 13.
9. Lifestyle Risk Factors for Breast Cancer in BRCA1/2-Mutation Carriers Around Childbearing Age. van Erkelens A, Derks L, Sie AS, Egbers L, Woldringh G, Prins JB, Manders P, Hoogerbrugge N. J Genet Couns. 2016 Dec 13.

## Zalecenia fizjoterapeutyczne po mastektomii

### NIE:

- podnoszenie i noszenie ciężkich przedmiotów,
- gwałtowne ruchy kończyną górną,
- powtarzane przez dłuższy czas te same ruchy kończyną górną,
- nadmierny wysiłek,
- okrężny bądź liniowy ucisk kończyny (zegarek, biżuteria, ubranie),
- spanie na kończynie górnej operowanej,
- urazy kończyny górnej (skaleczenia, oparzenia),

Dowiedz się więcej na: <http://www.fizjosymetria.pl>

- nieleczone stany zapalne w obrębie kończyny górnej,
- gorące kąpiele lub okłady,
- mierzenie ciśnienia tętniczego, pobieranie krwi, robienie zastrzyków,
- używanie drażniących skórę detergentów,
- noszenie ciasnej bielizny (wąskie i ciasne ramiączka stanika).

## TAK:

- wysokie ułożenie kończyny górnej w czasie snu czy odpoczynku z •wykorzystaniem klina,
- regularne noszenie protezy piersi, która wpływa na zrównoważenie postawy,
- obustronne porównawcze pomiary obwodów kończyny górnej.

Stwierdzenie zwiększonych obwodów kończyny górnej po stronie operowanej świadczy o potrzebie konsultacji ze specjalistą. Najprawdopodobniej zaproponuje on wszczęcie terapii przeciwobrzękowej, która obejmuje:

- ręczny i mechaniczny drenaż limfatyczny,
- bandażowanie,
- stosowanie wyrobów medycznych uciskowych,
- 20-30 minutowe ćwiczenia angażujące kończynę górną, wykonywane 1-2 x dziennie,
- wykorzystywanie klina przeciwobrzękowego w pozycjach ułożeniowych,
- ćwiczenia rozluźniające oraz oddechowe,
- kilkukrotne w ciągu dnia wstrząsanie całą wysoko uniesioną kończyną górną,
- autodrenaż 1 -2 x w ciągu dnia.

## Technika masażu po masektomii

Automasaż jest to samodzielny o masaż kończyny górnej po stronie operowanej oraz przyległej części tułowia. w trakcie wykonywania masażu kończyna powinna znajdować się powyżej stawu barkowego – można wykorzystać klin przeciwobrzękowy. Masaż wykonuje się 1-2 razy dziennie i trwa 7 do 10 minut, każdy ruch 5 – 10 x. Ważne: nie może on być bolesny. Automasaż wykonuje się płaską dłońią ręki po stronie nieoperowanej, wszystkie ruchy skierowane są w kierunku serca, zgodnie z odpływem krwi i chłonki. Masowanie rozpoczyna się od miejsc bliżej tułowia, tak aby przemieścić chłonkę dośrodkowo i udrożyć drogę przepływu chłonki z obszarów położonych obwodowo. w masażu omija się bliznę pooperacyjną oraz miejsca poddawane radioterapii. Wykorzystywane techniki:

- głaskanie barku – z tyłu od górnej części ramienia przez bark w kierunku do łopatki, z przodu w kierunku do klatki piersiowej; technikę wykonuje się całą powierzchnią dłoni, obejmując kończynę ręką i przesuując lekko, bez nacisku, równym ruchem ku górze ze wszystkich stron kończyny,
- rozcieranie ręki: prostymi palcami rozcierać palce dłoni (wszystkie razem, następnie każdy z osobna), kostkami zgiętych palców rozcierać okolice śródreżca powierzchownie (zakreślanie kółek łączących się w łańcuszki) oraz głęboko, przemieszczając się opuszkami placów kolistymi ruchami w głąb.
- głaskanie całej kończyny, od dłoni do barku,
- wyciskanie (głaskanie ruchem obręczkowym), od okolicy nadgarstka do barku; ruch polega na

Dowiedz się więcej na: <http://www.fizjosymetria.pl>



Gabinet Fizjoterapii Specjalistycznej

• sportowo-ortopedycznej

• onkologicznej, przeciwzastoinowej, przeciwobrzękowej

• uroinekologicznej, kobiet w ciąży i w porożu

psychologicznej i psychoonkologicznej

przesuwaniu z jednej strony kończyny kciuka wraz z jego kłębem, z drugiej strony reszty dłoni,

- ugniatanie ruchem pulsującym od okolicy nadgarstka do barku,
- rozcieranie ruchem kolistym opuszkami palców od dłoni do barku,
- oklepywanie ruchem miotełkowym; ruch ten wykonuje się tylko od spodu całej kończyny górnej, grzbietem palców, ruchami podobnymi do uderzania miotełką,
- głaskanie całej kończyny w kierunku do barku,
- wstrząsanie całą uniesioną kończyną.

Kolejność opracowywanych części kończyny górnej:

- Bark.
- Ramię.
- Przedramię.
- Dłoń.
- Cała kończyna górna.