

Medicina Riabilitativa nella gestione delle metastasi ossee

Carlo Cisari

Dipartimento Post-acuzie

U.O.A. Recupero e

Rieducazione Funzionale

U.O. Riabilitazione Mielolesi

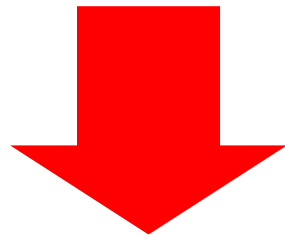
Ospedale Maggiore - Novara¹

Lo scheletro risulta coinvolto nel 70% dei carcinomi metastatici, probabilmente alla pari di fegato e polmone

Le sedi più comuni sono: coste, colonna, bacino, cranio, parte prossimale arti inferiori

- **Mieloma (95-100%)**
- **Mammella (65-75%) ****
- **Prostata (65-75%) ****
 - **Tiroide (60%)**
 - **Vescica (40%)**
- **Polmone (30-40%)**
 - **Rene (20-25%)**
- **Melanoma (14-45%)**

***La sintomatologia
e le complicanze principali
indotte dalle meta ossee sono:
dolore, ipercalcemia, immobilità,
compressioni mieliche e radicolari,
fratture (sia da litiche che addensanti)***



***autonomia personale
qualità di vita***

***L'aspetto più importante
da tenere in considerazione
è l'aspettativa media di vita:
12 mesi dopo una frattura
di un osso lungo,
2-3 anni nel ca della mammella
dopo meta ossee (Colemans e Rubens, 1987***

***Pertanto le meta ossee
non sono un problema “terminale”
del paziente oncologico,
ma, spesso, rappresentano
un aspetto della malattia
da gestire per un tempo prolungato.***

Quindi l'obiettivo terapeutico e assistenziale non può essere solo la sedazione del dolore ma il mantenimento delle ADL e di una buona qualità di vita, nei limiti permessi dalla malattia generale e dalla situazione locale.

***Questo è IL compito classico
(la “mission”)
della Medicina Riabilitativa,
in ogni patologia invalidante
In qualunque età ed etiologia***

Medicina Riabilitativa

Complesso di interventi valutativi, diagnostici, terapeutici finalizzati a portare il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare e comunicare efficacemente e a farlo tornare attivo nel proprio ambiente, nell'ambito delle limitazioni imposte dalla sua menomazione.

MALATTIA



MENOMAZIONE



DISABILITA'



HANDICAP

(I CDH - OMS 1980)

DISABILITA'

**Limitazione o perdita
(conseguente a una menomazione)
delle capacità di effettuare
una attività nel modo
o nei limiti considerati normali
per un essere umano.**

Progetto Riabilitativo individuale

Insieme di proposizioni elaborate dal team riabilitativo che, tenendo conto in maniera globale dei bisogni del paziente, delle sue menomazioni, disabilità ed abilità residue, nonché dei limiti imposti dalla situazione ambientale e dalle risorse disponibili, definisce quali siano gli esiti desiderati, realistici e in tempi definiti.

Progetto Riabilitativo

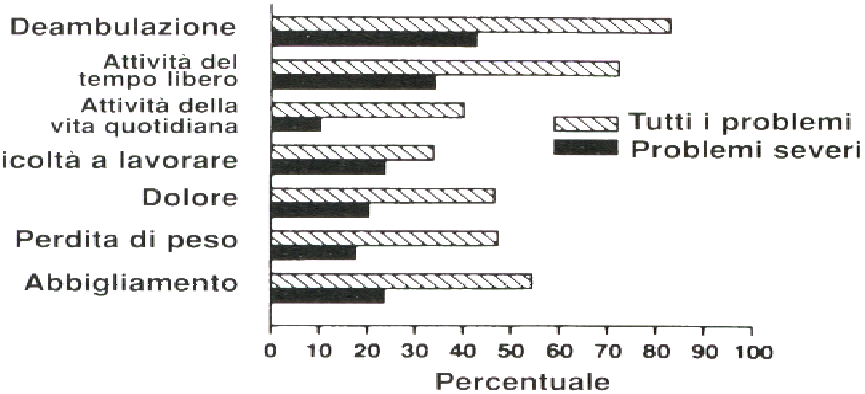
“di struttura”

Dotazione, disponibilità e organizzazione di personale, spazi e attrezzature atti a garantire una idonea funzione di supporto finalizzata alla protezione e alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti ospitati nell'ambito della struttura

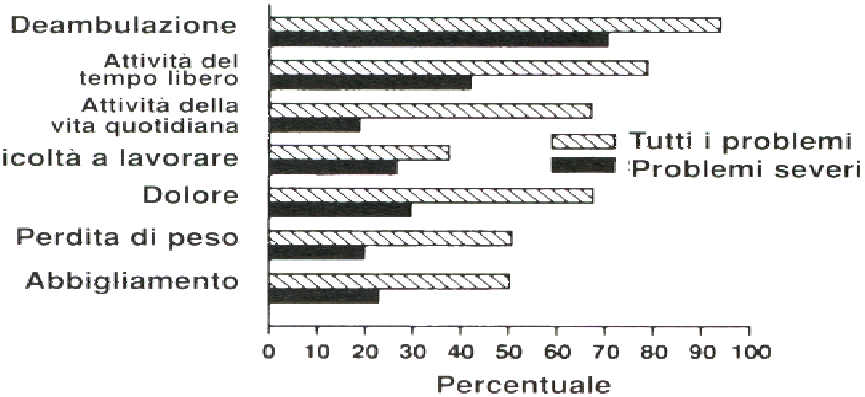
**Gli obiettivi generali
della riabilitazione
nelle disabilità da neoplasia
sono simili a quelli
da altre menomazioni**

Problemi fisici riferiti da pazienti con neoplasia al Colon(A) Polmone (B) e Prostata (C) a un anno di distanza dalla prima diagnosi. (Notare l'incidenza di turbe della deambulazione, dolore e difficoltà nelle ADL)

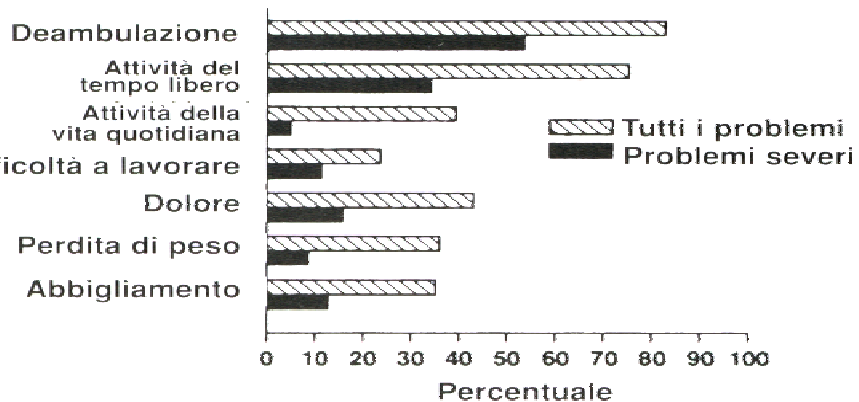
A. Fisici - Colon (n = 177)



B. Fisici - Polmone (n = 97)



C. Fisici - Prostata (n = 226)



(C.M. Haskell, 1990)

***Non solo “curare”
ma... “prendersi cura”
del paziente.
Approccio obbligatoriamente
olistico.***

OBIETTIVI DIVERSI SECONDO LA MENOMAZIONE E LA FASE DELLA MALATTIA

- Riabilitazione preventiva per ottenere i massimi risultati nei pazienti considerati in remissione o "guariti"
- Riabilitazione di appoggio per contrastare quello che appare un declino costante nei pazienti con malattia evolutiva mantenendo la massima autonomia possibile
- Riabilitazione palliativa per migliorare o mantenere il confort e la funzione durante le fasi terminali della malattia

La DISABILITA' nella neoplasia con metastasi ossee deriva da:

- **Malattia cronica debilitante in senso lato (sindrome ipocinetica, complicanze cardio-respiratorie, complicanze iatrogene, facile stancabilità,...)**
- **Localizzazioni (entità e sede) della neoplasia o complicanze iatrogene post-attiniche o post-chirurgiche**
- **Patologia precedente o concomitante alla neoplasia (patologia artro-reumatica, diabete, BPCO, osteoporosi...)**

Presupposti indispensabili in prospettiva generale:

- **Tempestività della richiesta**
- **Chiarezza sul quadro clinico**
- **Chiarezza (almeno tra gli operatori) sugli obiettivi**
- **Impostazione di un progetto riabilitativo realistico**
- **Controllo dei risultati**

Di fronte a una meta ossea è necessario:

- DIAGNOSI PRECOCE e PRECISA***
- valutazione globale e in team del paziente
(condizioni generali, aspettative di vita,...)***
- valutazione segmentaria
(escludere una indicazione chirurgica,...)***
- definizione di obiettivi condivisi dal paziente
(x quanto possibile) e dai familiari***
- impostazione di un programma terapeutico***

Problemi :

- **Dolore**
- **Controllo del rachide nelle localizzazioni vertebrali**
- **Condizioni psico-fisiche generali**
- **Sindrome ipocinetica**
- **Localizzazioni o danni iatrogeni all'apparato locomotore**
- **“ “ al SNC e/o periferico**
- **Problemi neuropsicologici o relazionali**

DOLORE ONCOLOGICO:

- **Primitivo della neoplasia primaria o metastatica**
- **Iatrogeno: associato alla chemioterapia**
 - “ **alla radioterapia**
 - “ **alle procedure diagnostiche**
post-chirurgico
- **Concomitante (da patologie artro-reumatiche, osteoporosi, diabete, vasculopatie,...)**

***Complesso e problematico
è l'affrontare
il mantenimento e/o il recupero
delle attività motorie
in caso di metastasi ossee
in sedi "critiche".***

Aspetti critici :

- Timore di indurre danni da mobilitazione
(con perdita troppo precoce delle autonomie)***
- Indicazioni chirurgiche sovente troppo limitate***
 - Il riabilitatore e il care-giver
che si fanno condizionare
dalla diagnosi “di fondo”
(con fatalismo spesso ingiustificato)***

***In un paziente con meta ossee
di fronte ai dilemmi
“muovo o non muovo ?”
“carico o non carico ?”
è molto facile astenersi.***

***Negli ultimi anni
si sono cercati parametri predittivi
dei rischi di frattura.***

***Ma le variabili sono notevoli:
sede, dimensioni, peso del soggetto,
caratteristiche a.p.***

***e morfologiche (corticale),
effetto delle cure, evolutività,
morfologia osso “sano” (osteoporosi).***

***Nessuna di queste ricerche
ha condotto a dati validati.
Si può, invece, affermare
che gran parte delle fratture
sono secondarie
all'evoluzione della malattia
più che allo stress meccanico.
(R.W. Bunting, B. Shea, 2001)***

***L'atteggiamento corretto
è la valutazione del rapporto
costi-benefici.***

***In pratica si tratta di definire
Il rischio di indurre fratture
durante una mobilizzazione
(finalizzata alle ADL)***

***rispetto ai rischi dell'immobilizzazione
(quasi sempre a letto)***

***Non è possibile
una sistematizzazione delle scelte
che sono variabili caso x caso
e andrebbero prese in “team”.***

***Le mielopatie
da crollo vertebrale metastatico
devono essere trattate
“normalmente”
(dopo consulto con il team oncologico)
con un programma adattato
ai tempi ragionevolmente
prevedibili per la malattia “di fondo”.***

Operatività:

Principalmente l'intervento riabilitativo si esprime attraverso il **COUNSELLING** nei confronti degli operatori, dei familiari e del paziente e su problematiche specifiche ("problem solving").

L'intervento con manovre rieducative eseguite da personale tecnico deve essere limitato ai casi (la minoranza) in cui la loro competenza e presenza è veramente indispensabile

COUNSELLING

Obiettivi:

- Fornire ai care-givers e al paziente tutte le informazioni e le competenze per una corretta assistenza finalizzata al mantenimento e al recupero della massima autonomia e qualità di vita possibile
- Fornire consigli e supporto per la prescrizione e l'utilizzo di ausili tecnologici finalizzati a facilitare la gestione e/o l'autonomia del paziente

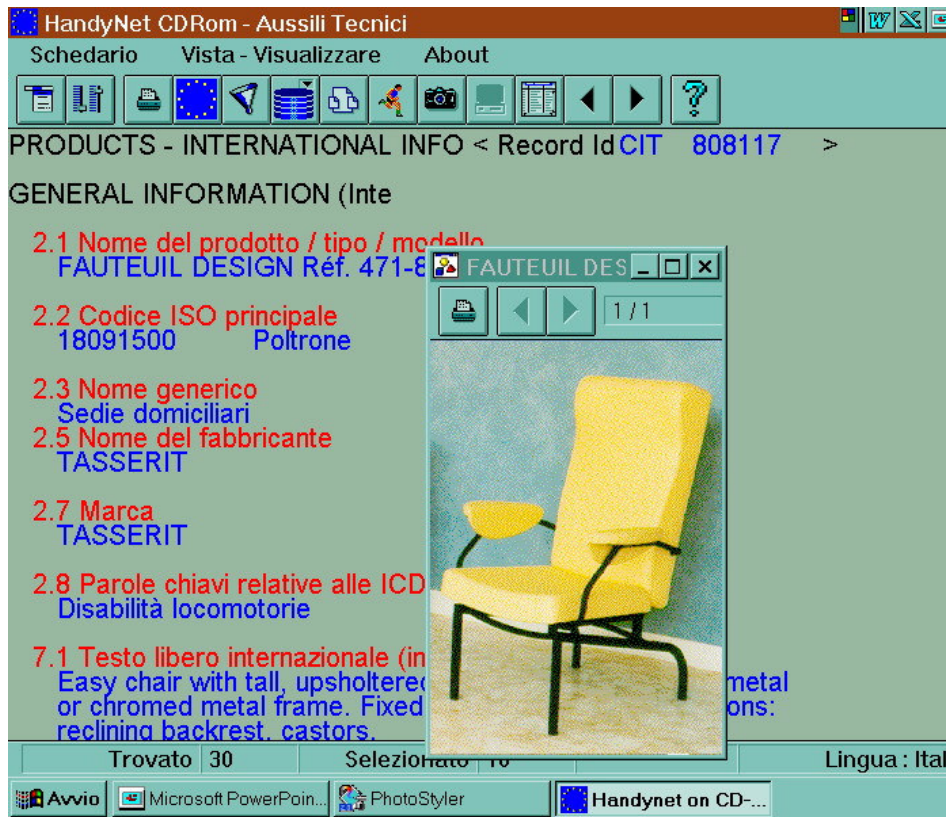
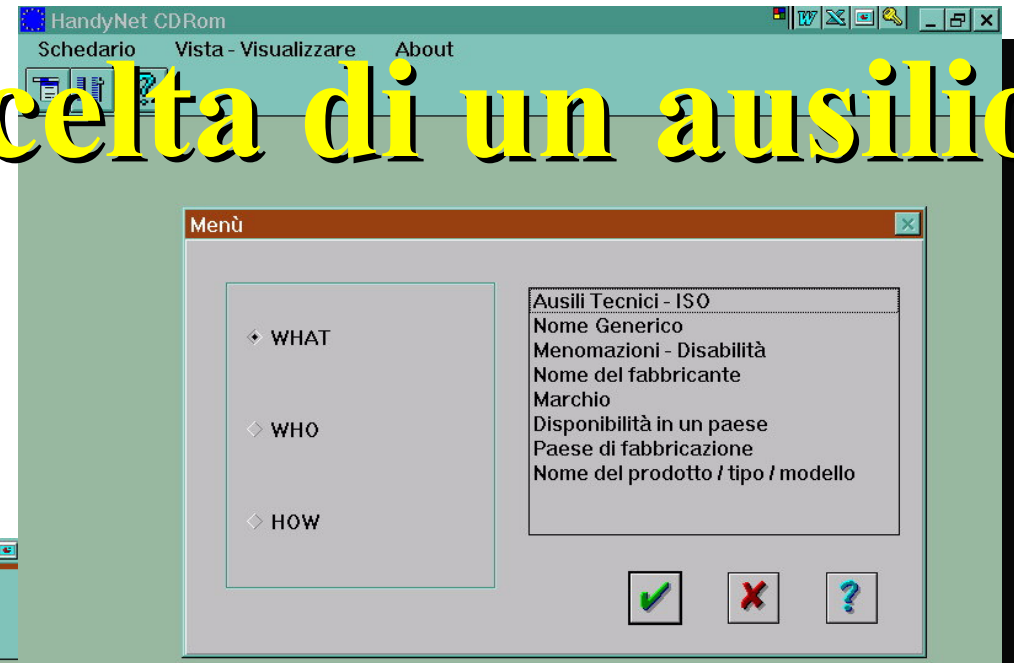
Protesi Ortesi Ausili

(più utilizzati in oncologia)

- **Ortesi di tronco**
- **Ausili per la deambulazione**
(carrozzina, deambulatori, bastoni, tutori)
- **Ausili per la mobilizzazione (solleva-malati,...)**
- **Ausili per la prevenzione e cura delle piaghe da decubito (cuscini, materassi)**
- **Ausili per le A.D.L.**

Conoscenza → Scelta di un ausilio

Esperienza
Catalogo
Banche dati

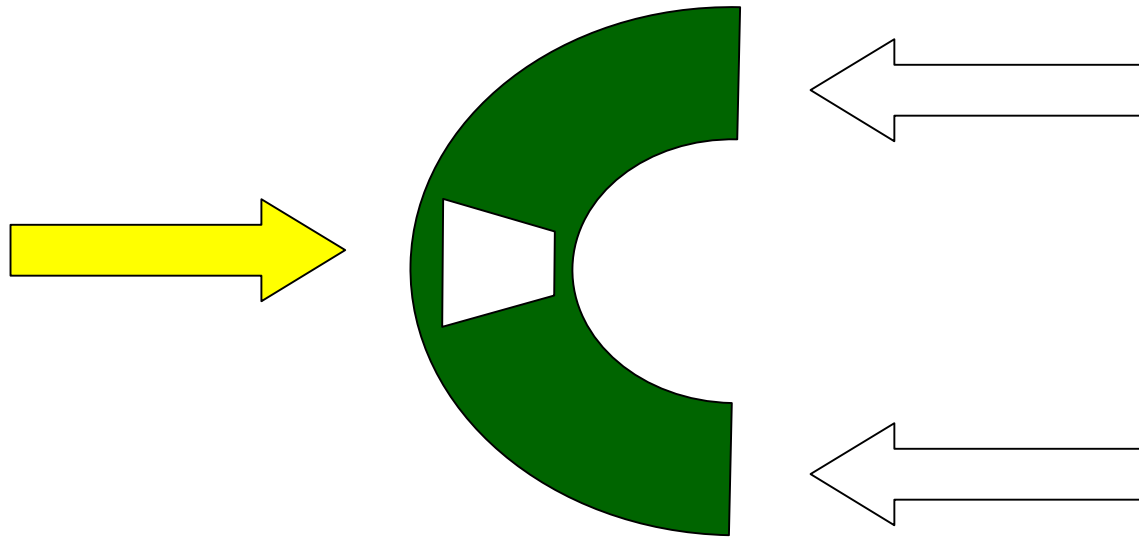


Ortesi per il tronco nella patologia

secondaria del rachide. Obiettivi

- **Mantenere una postura in estensione che garantisca lo "scarico" delle pressioni esercitate sulla porzione anteriore del corpo vertebrale e sulle strutture nervose posteriori, in conseguenza della cifotizzazione dovuta alla deformità a cuneo.**
- **Permettere il controllo del tronco e la riduzione del dolore in stazione seduta ed eretta**

Per essere efficace l'ortesi deve esercitare una spinta in senso postero-anteriore a livello del segmento lesionato, con due contropinte, una prossimale e una distale, dirette in senso antero-posteriore



Posteriore

Anteriore

Lesione del tratto lombare

Portare il rachide in iperestensione per ridurre la pressione sul muro anteriore delle vertebre.

Pertanto una spinta posteriore lombare + due contropinte anteriori una pubica e una sternale.

Lesioni dorsali

Spinta estensoria posteriore a livello del segmento lesionato e due contropinte anteriori agli estremi della cifosi + spinta addominale e LS per ridurre la lordosi

Lettura consigliata

***“Cancer Rehabilitation
in the New Millenium:
Opportunities and Challenges.”***

***Cancer 92/4
Supplement 15 agosto 2001***

***Non è corretto parlare di
“Riabilitazione Oncologica”
ma di Riabilitazione
delle disabilità
a etiologia oncologica.***