

Jakość życia pacjentów z rakiem jelita grubego i odbytu przed i po zabiegu operacyjnym.

Rehabilitacja anorektalna

**Rozmowa z mgr Karoliną Kwiatek-Rolką i mgr Martyną Romanowską-Naimską
fizjoterapeutkami dna miednicy**

Dlaczego warto korzystać z fizjoterapii anorektalnej w trakcie choroby onkologicznej?

Podstawową czynnością fizjologiczną kompleksu mięśni zwieraczy odbytu oraz odbytnicy wpływającą na poprawne funkcjonowanie organizmu jest defekacja, czyli podjęcie aktu wypróżnienia niestrawionego pokarmu w odpowiednim czasie i miejscu.

Utrata kontroli oddawania stolca jest częstą przyczyną obniżenia jakości życia chorego, która eliminuje go z życia społecznego.

Nowotwory jelita grubego i odbytu są trzecim najczęściej występującym na świecie nowotworem u mężczyzn (660 000 przypadków, 10%) i drugim u kobiet (570 000 przypadków, 9%).

Statystyki wskazują zwiększającą się zachorowalność, jednak zastosowanie szwów mechanicznych i nowych technik operacyjnych zwiększyło liczbę chorych po zabiegach resekcji odbytnicy oraz guzów okołodobytowych z zachowaniem zwieraczy.

Ryzyko wystąpienia objawów nietrzymania stolca po zabiegach, wynosi 15–60% w zależności od wysokości zespolenia.

Przyczyny nietrzymania stolca i gazów u pacjentów po resekcji odbytnicy, radioterapii i chemioterapii w zwalczaniu których fizjoterapia może pomóc, są:

- ✓ mechaniczne uszkodzenie mięśni zwieraczy podczas zabiegu operacyjnego;
- ✓ zniesienie kąta odbytowo-odbytniczego, czyli uszkodzenie najważniejszego mięśnia tonowo-odbytniczego (jest to mięsień nad którym mamy kontrolę - potrafimy go świadomie zacisnąć i rozluźnić);
- ✓ wycięcie/uszkodzenie błony śluzowej kanału odbytu wraz ze strefą czucia, umożliwiającą nam rozróżnienie stolca stałego, płynnego i gazów;
- ✓ zwężenie odbytu, które może być wywołane wzmożonym napięciem mięśni odbytu;

- ✓ uszkodzenia unerwienia śródściennego odpowiedzialnego za odruchy anorektalne, występujące po radioterapii;
- ✓ wielokrotne parcia naglące, uczucie niepełnego wypróżnienia się.

Na czym polega diagnostyka funkcjonalna w fizjoterapii anorektalnej?

Podstawą w określeniu dokładnego problemu z jakim zmagają się pacjenci są:

1. Szczegółowy wywiad, skale i ankiety.
2. Ocena manualna mięśni poprzez badanie wewnątrz odbytnicze.
3. Ocena odruchów za pomocą manometrii anorektalnej.
4. Ocena czułości odbytnicy.
5. Ocena postawy ciała i wzorców oddechowych.

NARZĘDZIA FIZJOTERAPAUTYCZNE W ZABURZENIACH ANOREKTALNYCH

EMG BIOFEEDBACK

Terapia ta bazuje na wykorzystaniu efektu sprzężenia zwrotnego z wykorzystaniem elektromiografii. Dzięki zastosowaniu specjalnej elektrody doodbytniczej pacjent na ekranie monitora ma możliwość zwizualizować pracę swoich mięśni, oraz na bieżąco korygować i kontrolować ich aktywność. Dzięki temu pacjent, który niekoniecznie czuje, że wykonuje pracę zwieraczami może zobaczyć to na monitorze, co znacznie poprawia i przyspiesza efekty terapii.

Manometria anorektalna i trening balonikowy

Badanie manometryczne części odbytniczo-odbytowej może być wykorzystane zarówno do diagnostyki jak i indywidualnie obranej terapii. Metoda ta polega na użyciu specjalnej ciśnieniowej sondy balonikowej, dzięki której można zasymulować działanie bańki odbytniczej w korelacji z kanałem odbytu i zwieraczami.

Założenia metody:

1. Pomiar i trening czucia:

- odczucie pierwszego bodźca, objętość przy której zaczyna się odczuwać wypełnienie bańki odbytnicy
- próg defekacji, czyli objętość przy której odczuwana jest potrzeba wypróżnienia
- próg maksymalnego wypełnienia

2.Badanie i trening odruchów

- odruchy odbytniczo-odbytowe
- proces ewakuacji stolca i prawidłowego rozluźnienia mięśni podczas defekacji
oddechowe skurcze zwieraczy

Korekcja postawy

Optymalizacja postawy ciała ma bezpośredni wpływ na prawidłowe funkcjonowanie struktur dna miednicy oraz prawidłowy rozkład ciśnienia śródbrzusznego. Wzmożone napięcie w obrębie centrum ciała, przy jednoczesnym osłabieniu mięśni oraz struktur dna miednicy może skutkować utratą stolca lub gazów, pod wpływem nagłego wysiłku jak kaszel, kichanie, podnoszenie. Normalizacja tych napięć pomaga w odzyskaniu kontynencji oraz zmniejszeniu parć nagłych.

Reedukacja oddechowa

Oddech to życie. Jeśli praca naszej przepony oddechowej jest zaburzona, wpływa to bezpośrednio na zaburzenia napięcia i praca mięśni dna miednicy, a także może powodować dysfunkcje w obrębie trzewi np. utrudniać i spowalniać trawienie. Bardzo ważnym jest, aby nasz oddech był prawidłowy i optymalny, a ruchomość klatki piersiowej zachowana, aby wesprzeć wydolność i poprawić parametry dobrostanu organizmu, co bezpośrednio przekłada się na powrót do sprawności po zabiegu.

Przygotowały: Mgr Karolina Kwiatek-Rolka i Mgr Martyna Romanowska-Naimska, fizjoterapeutki dna miednicy.

Piśmiennictwo:

1. Borycka-Kiciak K., Białas A., Basista P., Tarnowski W.: Praktyczne zalecenia u chorych ze zbiornikiem jelitowym J po operacjach z powodu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Gastroenterologia Kliniczna, 2016;
2. Kołodziejczak M., Talarek M.: Problemy proktologiczne u pacjenta leczonego z powodu raka odbytnicy. Nowa Med 2015;
3. Wałęga P., Herman R.M., Popiela T.: Odległe wyniki oceny funkcji zwieraczy u chorych po przedniej niskiej resekcji odbytnicy. Pol. Przegl. Chir., 2001;
4. Wałęga P., Romaniszyn M.: Nietrzymanie stolca. Medycyna Praktyczna. Chirurgia, 2013;

Projekt edukacyjny realizowany jest w ramach międzynarodowej nagrody „Wolfram Nolte Memorial Award” organizowanej przez Digestive Cancers Europe (www.digestivecancers.eu), którego pierwszą laureatką została Fundacja EuropaColon Polska w 2019 roku (www.europacolompolska.pl). Projekt realizowany jest we współpracy z Fundacją Aenon oraz Fundacją STOMALife.