

Μεταφορές / μετακινήσεις ασθενή με πολλαπλούν μυέλωμα

Ελένα Δέσποινα, Φοιτήτρια Εργοθεραπείας

Το πολλαπλούν μυέλωμα είναι ένα είδος καρκίνου, που διαμορφώνεται από τα καρκινικά κύτταρα του πλάσματος στο αίμα. Τα φυσιολογικά κύτταρα είναι ένα σημαντικό μέρος του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού.

Το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελείται από διάφορους τύπους κυττάρων που συνεργάζονται για να αντιμετωπίσουν τις μολύνσεις. Τα λεμφοκύτταρα είναι ο κύριος τύπος κυττάρων στο ανοσοποιητικό σύστημα και διακρίνονται σε 2 είδη: τα α λεμφοκύτταρα και τα β λεμφοκύτταρα.

Όταν τα β λεμφοκύτταρα ενεργοποιηθούν για να επιτεθούν σε κάποιο μολυσματικό μικρόβιο, μετατρέπονται σε κύτταρα του πλάσματος, τα οποία βρίσκονται στον μυελό των οστών και αντικαθιστούν τα αντισώματα για την αποτελεσματικότερη άμυνα του οργανισμού.

Όταν, λοιπόν, τα κύτταρα του πλάσματος πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα δημιουργείται ένας όγκος, συνήθως στον μυελό των οστών. Αυτός ο όγκος ονομάζεται μυέλωμα και εάν υπάρχουν περισσότεροι από έναν, η ασθένεια καλείται πολλαπλούν μυέλωμα.

Με την ύπαρξη πολλαπλού μυελώματος ο μυελός των οστών χάνει την ικανότητα του να κατασκευάσει την απαραίτητη ποσότητα ερυθρών αιμοσφαιρίων, αιμοπεταλίων και λευκών αιμοσφαιρίων κάτι που οδηγεί στα παρακάτω προβλήματα:

- Η έλλειψη ερυθρών αιμοσφαιρίων προκαλεί αναιμία.
- Η έλλειψη αιμοπεταλίων προκαλεί αιμορραγία, καθώς τα αιμοπετάλια βοηθούν στην πήξη του αίματος και στην διακοπή της αιμορραγίας μετά από τραυματισμό.
- Η έλλειψη λευκών αιμοσφαιρίων προκαλεί λευκοπενία και το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού χάνει τις ικανότητές του.

[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_1x_What_Is_Multiple_Myeloma.asp?sitearea=]

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ετήσια συχνότητα εμφάνισης πολλαπλού μυελώματος είναι 2-3 νέες περιπτώσεις / 100.000 άτομα. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες.

Η μέση ηλικία κατά το χρόνο της διάγνωσης είναι τα 60 χρόνια. [http://www.multiplemyeloma.org/about_myeloma/2.04.html]

- Η αιτιολογία του πολλαπλού μυελώματος είναι σχεδόν άγνωστη. Παρ' όλη αυτά, οι επιστήμονες έχουν εντοπίσει κάποιους παράγοντες κινδύνου για την ασθένεια. Όμως οι περισσότεροι ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα δεν έχουν κανένα από τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου, εκτός από την ηλικία.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για το πολλαπλούν μυέλωμα είναι:

- **Ηλικία και φύλο:** Η ηλικία είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για το πολλαπλούν μυέλωμα. Η μέση ηλικία ενός προσώπου κατά τον χρόνο διάγνωσης της ασθένειας είναι τα 60 χρόνια. Οι άνδρες είναι πιθανότερο να νοσήσουν από ότι οι γυναίκες.
- **Φυλή:** Έρευνες έχουν δείξει ότι από πολλαπλούν μυέλωμα προσβάλλονται συχνότερα νέγροι από ότι λευκοί. Ο λόγος δεν είναι γνωστός.
- **Έκθεση σε ακτινοβολία:** Η έκθεση στην ακτινοβολία αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου, αναφέρεται όμως σε μικρό ποσοστό περιπτώσεων.
- **Οικογενειακό ιστορικό:** Η κληρονομική διάθεση της ασθένειας είναι αρκετά σπάνιο φαινόμενο, αν και έχει εμφανιστεί σε κάποιες οικογένειες.
- **Φύση της εργασίας:** Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες σχετικές με το πετρέλαιο διατρέχουν έναν μεγαλύτερο κίνδυνο.
- **Βάρος:** Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η παχυσαρκία αυξάνει

νει τον κίνδυνο προσβολής από πολλαπλούν μυέλωμα.

- **Άλλες ασθένειες των κυττάρων του πλάσματος:** Πολλοί άνθρωποι με άλλες ασθένειες κυττάρων πλάσματος ενδέχεται να εκδηλώσουν τη νόσο.
- **Μεταλλάξεις του DNA:** Οι μεταλλάξεις του DNA αυξάνουν την πιθανότητα δημιουργίας καρκινικών κυττάρων στο αίμα.

[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_2x_What_Causes_Multiple_Myeloma.asp?sitearea=]

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα παρακάτω είναι από τα πιο κοινά συμπτώματα αυτής της νόσου:

- Πόνος στα οστά: Ο πόνος εντοπίζεται κυρίως στην σπονδυλική στήλη, στα οστά των ισχίων και στο κρανίο.
- Προβλήματα αίματος: Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:
 1. Χαμηλά ερυθρά αιμοσφαίρια (αναιμία): αδυναμία, συντομία της αναπνοής, ίλιγγος.
 2. Χαμηλά λευκά αιμοσφαίρια: μειωμένη αντίσταση στις μολύνσεις (όπως η πνευμονία).
 3. Χαμηλά αιμοπετάλια: σοβαρά αιμορραγικά επεισόδια.
- Συμπτώματα στο νευρικό σύστημα: Τα οστά στη σπονδυλική στήλη πιέζουν ορισμένα νεύρα, προκαλώντας οξείς πόνους, μούδιασμα, και αδυναμία των μυών. Εάν το αίμα απορροφά πάρα πολύ ασβέστιο από το κατεστραμμένο οστό, η αδυναμία και η σύγχυση μπορεί να ακολουθήσουν, επειδή το ασβέστιο έχει επιπτώσεις στη λειτουργία νευρικών κυττάρων. Μερικές φορές, οι πρωτεΐνες που παράγονται από τα κύτταρα των μυελωμάτων βλάπτουν τα νεύρα, προκαλώντας την αδυναμία και το μούδιασμα. Αυτές οι πρωτεΐνες αυξάνουν την πυκνότητα του αίματος. Με αποτέλεσμα την επιβράδυνση της ροής του αίματος στον εγκέφαλο και την πρόκληση σύγχυσης, ίλιγγου, και εγκεφαλικού.
- Συμπτώματα στους νεφρούς: Η μεγάλη ποσότητα ασβεστίου στο αίμα μπορεί να βλάψει τα νεφρά.
- Μολύνσεις: Οι ασθενείς είναι περίπου 15 φορές πιθανότερο να προσβληθούν από κάποια μόλυνση, συνήθως από πνευμονία.

[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_3x_How_Is_Multiple_Myeloma_Found.asp?sitearea=]

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του πολλαπλού μυελώματος γίνεται με τους παρα-

κάτω τρόπους:

- Εξετάσεις αίματος και ούρων.
- Βιοψία μυελού των οστών.
- Ακτινογραφίες.
- Ανίχνευση CT (αξονική τομογραφία).
- Ανίχνευση MRI (απεικόνιση μαγνητικής τομογραφίας).

[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_3x_How_Is_Multiple_Myeloma_Found.asp?sitearea=]

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι θεραπείες που προτείνονται για την αντιμετώπιση του πολλαπλού μυελώματος είναι οι εξής:

- Χημειοθεραπεία.
- Ακτινοβολίες.
- Χειρουργική επέμβαση.
- Ανοσιοθεραπεία.
- Μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων.
- Πλάσμαφαίρεση.

[http://www.cancer.org/CRI/content/CRI_2_2_4x_How_Is_Multiple_Myeloma_Treated.asp?sitearea=]

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της ασθένειας εξαρτάται από το στάδιο και την έκταση της βλάβης.

Μετά την εφαρμογή των παραπάνω θεραπειών αυξάνεται ο μέσος χρόνος επιβίωσης σε 1-2 χρόνια περίπου στους μη θεραπευθέντες ασθενείς και σε 3-5 χρόνια στους θεραπευόμενους ασθενείς.

[http://www.multiplemyeloma.org/about_myeloma/2.07.html]

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Η κατάσταση του ασθενή με πολλαπλούν μυέλωμα εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες και διαφοροποιείται από την μια χρονική στιγμή στην άλλη.

Το στάδιο και η έκταση της βλάβης αποτελούν δύο από τους καθοριστικούς παράγοντες για την συνολική έκβαση της κατάστασης του ασθενή.

Τα διάφορα μυοσκελετικά προβλήματα, οι οξείς πόνοι, η προσπάθεια αποφυγής καταγμάτων και τα αιματολογικά προβλήματα (χαμηλός αιματοκρίτης) αναγκάζουν τον ασθενή να παραμένει στο κρεβάτι για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να έχει

την ικανότητα να μετακινηθεί.

Αυτή η ακινητοποίηση καθώς και η δυσμενής κατάσταση της υγείας έχει σαν φυσικό επακόλουθο την άσχημη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, ο οποίος δεν μπορεί να δεχτεί την ασθένειά του και τις συνέπειές της.

Από τα παραπάνω φαίνεται ξεκάθαρα η ανάγκη για ολική αντιμετώπιση του ασθενή με ποληλαπλούν μυέλωμα και η προσπάθεια για πολήπλευρη αντιμετώπιση της ασθένειάς του.

ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η εργοθεραπεία συμμετέχει σε αρκετά στάδια της αποκατάστασης έχοντας σαν σκοπό να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοσθεί στους περιορισμούς που συνεπάγεται η ασθένεια του και να ενταχθεί εκ νέου στη κοινωνία.

Αποκατάσταση για την εργοθεραπεία είναι κυρίως η ποιοτική αναβάθμιση της ζωής του ασθενή. Κατά την διάρκεια της εργοθεραπευτικής παρέμβασης ο θεραπευτής μαθαίνει να σέβεται τους χρόνους του ασθενή, να περιμένει, να διαμορφώνει ένα πλαίσιο συνεργασίας ώστε ο ίδιος ο ασθενής να αντιλήσει ό,τι επιθυμεί πραγματικά, σε συνάρτηση με τις ανάγκες της συγκεκριμένης ασθένειας. Βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει τους ρεαλιστικούς περιορισμούς που είναι απόρροια της ασθένειας του και του προσφέρει εναλλακτικούς τρόπους ικανοποίησης των αναγκών του.

Έτσι, ο εργοθεραπευτής έπειτα από την αξιολόγηση του ασθενή σε όλους τους τομείς, θέτει βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους και σχεδιάζει την θεραπευτική παρέμβαση στο συγκεκριμένο περιστατικό.

Γενικότερα, οι στόχοι της εργοθεραπευτικής παρέμβασης στην αποκατάσταση είναι οι εξής:

- Να διατηρήσει και να ενισχύσει σταδιακά τις ικανότητες του ασθενή που δεν έχουν επηρεασθεί.
- Να επαναφέρει τις λειτουργικές του ικανότητες στο επίπεδο που ήταν προηγουμένως ή όσο το δυνατόν πιο κοντά σε αυτό.
- Να αναπληρώσει τις όποιες ανικανότητες μέσω της χρήσης βοηθημάτων, περιβαλλοντικών προσαρμογών κ.λ.π.
- Να επανεκπαιδεύσει το άτομο ώστε να καταστεί ικανό, χρησιμοποιώντας τις σωματικές και ψυχικές ικανότητες που έχει, να ζήσει και να εργασθεί με ικανοποίηση στο περιβάλλον της επιλογής του με την μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς.

ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ / ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ

Η εργοθεραπευτική παρέμβαση στον τομέα των μεταφορών / μετακινήσεων έχει να προσφέρει πολλά, καθώς τον εκπαιδεύει εξ' αρχής σε νέες τεχνικές μεταφοράς και μετακίνησης οι οποίες ανταποκρίνονται στην ασθένειά του.

Έτσι, αρχικά τον δραστηριοποιεί στο πλαίσιο του κρεβατιού του, έχοντας ως βασικό του σκοπό την ενδυνάμωση των ακινητοποιημένων άκρων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως συνήθως οι ασθενείς με ποληλαπλούν μυέλωμα συμβαίνει να έχουν την μία από τις δύο τους πλευρές πιο επιβαρυσμένη.

Στην συνέχεια, ο εργοθεραπευτής επανεκπαιδεύει τον ασθενή όσον αφορά στην σταδιακή κατάκτηση των θέσεων δηλαδή από ύπτια σε καθιστή και από καθιστή σε όρθια.

Κάποιες από τις μεταφορές / μετακινήσεις στις οποίες αντιμετωπίζει πρόβλημα ένας ασθενής με ποληλαπλούν μυέλωμα αναφέρονται παρακάτω:

- Μεταφορά από ύπτια κατάκλιση στο κρεβάτι σε καθιστή θέση και έπειτα σε όρθια στάση.
- Μεταφορά από όρθια στάση σε καθιστή θέση και έπειτα σε ύπτια κατάκλιση στο κρεβάτι.
- Μεταφορά από καθιστή θέση στην καρέκλα σε όρθια στάση.
- Μεταφορά από όρθια στάση σε καθιστή θέση στην καρέκλα.
- Μεταφορά από καθιστή θέση στο αναπηρικό αμαξίδιο ή στην καρέκλα σε καθιστή θέση σε άλλη καρέκλα.
- Μεταφορά από καθιστή θέση στο αναπηρικό αμαξίδιο σε καθιστή θέση στην τουαλέτα.
- Μεταφορά από καθιστή θέση στο αναπηρικό αμαξίδιο στην μπανιέρα (σε καθιστή θέση με την χρήση ειδικού καθίσματος).
- Μετακίνηση με την χρήση βακτηρίας.
- Ανέβασμα σκάλας με την χρήση βακτηρίας.
- Κατέβασμα σκάλας με την χρήση βακτηρίας.

Στην συνέχεια, περιγράφονται αδρώς κάποιες από τις μεταφορές / μετακινήσεις:

- Για την μεταφορά του ασθενή από ύπτια κατάκλιση στο κρεβάτι σε καθιστή θέση και έπειτα σε όρθια στάση ακολουθείται η εξής διαδικασία:

Ο ασθενής αρχικά βγάζει το κάτω άκρο της λιγότερο επιβαρυσμένης πλευράς (για να αποφευχθεί η πιθανότητα πτώσης) έξω από το κρεβάτι. Στην συνέχεια, στρέφει τον λιγότερο επιβαρυσμένο ώμο ώστε το αντίστοιχο άνω άκρο να πιώσει το στρώμα και να στηριχθεί, ενώ ταυτόχρονα σηκώνει το κάτω άκρο της ίδιας

πλευράς από το κρεβάτι και ανακάθεται. Αν ο ασθενής χρειάζεται την βοήθεια σχοινοίου για να σηκωθεί τότε αυτό θα πρέπει να έχει δοθεί πριν την έξοδο του ασθενή από το κρεβάτι.

Για να κατέβουν τα πόδια του ασθενή και να πατήσει στο πάτωμα, φέρνει το βάρος του σώματος του μία από την μία πλευρά μία από την άλλη και μετακινώντας τους γλουτούς έρχεται στην άκρη του κρεβατιού. Για να σηκωθεί από το κρεβάτι βεβαιώνεται ότι τα πέλματά του είναι τοποθετημένα στο έδαφος σταθερά και σε μικρή διάσταση. Σκύβει φέρνοντας το βάρος του σώματος του στα κάτω άκρα και συγχρόνως πιέζει προς τα κάτω με το λιγότερο επιβαρυμένο άνω άκρο και σηκώνεται τεντώνοντας τους αγκώνες, τα ισχία και τα γόνατα. Αν ο ασθενής δεν έχει καλό έλεγχο του επιβαρυμένου κάτω άκρου, τότε καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας έγερσης στην όρθια θέση ο εργοθεραπευτής τοποθετεί το άκρο πόδι του μπροστά στο συγκεκριμένο κάτω άκρο του ασθενή. Προοδευτικά, ο ασθενής σηκώνεται όρθιος και ισορροπεί.

· Για την μεταφορά του ασθενή από καθιστή θέση στην καρέκλα σε όρθια στάση ακολουθείται η εξής διαδικασία:

Ο ασθενής βεβαιώνεται πρώτα ότι τα πέλματά του είναι τοποθετημένα στο έδαφος και σε μικρή απόσταση. Σκύβει μπροστά μεταφέροντας το βάρος του στα πόδια και συγχρόνως πιέζει προς τα κάτω με το λιγότερο επιβαρυμένο άνω άκρο. Ο κορμός σηκώνεται τεντώνοντας αγκώνες, ισχία και γόνατα. Προοδευτικά, στέκεται όρθιος και ισορροπεί καλά κοιτώντας μπροστά.

· Για την μεταφορά του ασθενή από όρθια στάση σε καθιστή θέση στην καρέκλα ακολουθείται η εξής διαδικασία:

Για να καθίσει σε καρέκλα ο ασθενής με πολλαπλούν μυέλωμα πλησιάζει από μπροστά και στρίβει από την λιγότερο επιβαρυμένη πλευρά χρησιμοποιώντας το βοήθημα. Βεβαιώνεται ότι βρίσκεται σε σωστή θέση αγγίζοντάς την με το πίσω μέρος των ποδιών του ή κοιτώντας την. Πιάνει το μπράτσο της καρέκλας με το λιγότερο επιβαρυμένο άνω άκρο, σκύβει ελαφρά μπροστά ρίχνοντας το βάρος στα πέλματά, λυγίζει τα γόνατα και τα ισχία και μεταφέρει προοδευτικά το βάρος από τα κάτω άκρα στο λιγότερο επιβαρυμένο άνω άκρο και στην καρέκλα.

• Η μεταφορά του ασθενή από καθιστή θέση στο αναπηρικό αμαξίδιο σε καθιστή θέση στην καρέκλα μπορεί να γίνει με τους παρακάτω τρόπους:

1. Πλάγια μεταφορά, όπου μεταφέρονται πρώτα τα κάτω άκρα

και έπειτα ο κορμός.

2. Πρόσθια μεταφορά, η οποία είναι χρήσιμη σε ασθενείς νέους σε ηλικία ή σε υπέρβαρους ασθενείς.

3. Οπίσθια μεταφορά, για την οποία το αναπηρικό αμαξίδιο θα πρέπει να έχει φερμουάρ στην πλάτη του καθίσματος ή αγκράφες με ιμάντες.

4. Γωνιακή μεταφορά έχουμε όταν το αναπηρικό αμαξίδιο και το προς μεταφορά έπιπλο σχηματίζουν οξεία γωνία.

5. Μεταφορά με χρήση σανίδας έχουμε όταν τα ύψη των επιφανειών ποικίλουν ή όταν υπάρχει κενό ανάμεσα στο αμαξίδιο και την καρέκλα.

• Η μεταφορά από καθιστή θέση στο αναπηρικό αμαξίδιο σε καθιστή θέση στη τουαλέτα γίνεται με τους παρακάτω τρόπους:

1. Πλάγια μεταφορά.

2. Πρόσθια μεταφορά.

3. Οπίσθια μεταφορά.

4. Γωνιακή μεταφορά.

• Η μετακίνηση του ασθενή με βακτηρία γίνεται με τον εξής τρόπο:

Η αρχή της εκπαίδευσης στην μετακίνηση του ασθενή με βακτηρία ακολουθεί την εξής σειρά: επιβαρυμένο κάτω άκρο και βακτηρία συγχρόνως και έπειτα ακολουθεί το λιγότερο επιβαρυμένο κάτω άκρο.

• Για το ανέβασμα σκάλας με την χρήση βακτηρίας αποτελεί βασική αρχή το ανέβασμα πρώτα του λιγότερο επιβαρυμένου κάτω άκρου. Η εκπαίδευση του ασθενή ακολουθεί την εξής σειρά: λιγότερο επιβαρυμένο κάτω άκρο και έπειτα ακολουθεί το επιβαρυμένο κάτω άκρο συγχρόνως με την βακτηρία. Ο εργοθεραπευτής πρέπει πάντα να βρίσκεται πίσω από τον ασθενή.

• Για το κατέβασμα σκάλας με την χρήση βακτηρίας, η εκπαίδευση γίνεται με την εξής σειρά: επιβαρυμένο κάτω άκρο συγχρόνως με την βακτηρία και ακολουθεί το λιγότερο επιβαρυμένο κάτω άκρο. Ο εργοθεραπευτής πρέπει πάντα να βρίσκεται μπροστά από τον ασθενή.

Τελειώνοντας, θα πρέπει να γίνει αντιληπτό πως η ικανότητα του ασθενή για ανεξάρτητη μεταφορά / μετακίνηση στον προσωπικό του χώρο είναι ένας από τους πρώτιστους και πιο σημαντικούς στόχους που θα πρέπει να θέτει ο εκάστοτε εργοθεραπευτής κατά τον σχεδιασμό του θεραπευτικού του προγράμματος.

1. Σιάννη Α. (2001). Σημειώσεις Εργοθεραπείας ΙΙ. Εκδόσεις: ΤΕΙ Αθήνας.
2. Τζονιχάκη Ι. (2002). Σημειώσεις Ορθοπαιδικής Εργοθεραπείας. Εκδόσεις: ΤΕΙ Αθήνας.
3. Turner A., Foster N., Johnson S.E. (1996). Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Principles, Skills Practice. 4th Edition. London: Churchill Livingstone.
4. http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/_2_2_3x_How_Is_Multiple_Myeloma_Found.asp?sitearea=
5. http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/_2_2_4x_How_Is_Multiple_Myeloma_Treated.asp?sitearea=
6. http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/_2_2_2x_What_Causes_Multiple_Myeloma.asp?sitearea=
7. http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/_2_2_1x_What_Is_Multiple_Myeloma.asp?sitearea=
8. http://www.multiplemyeloma.org/about_myeloma/2.04.html
9. http://www.multiplemyeloma.org/about_myeloma/2.07.html