Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

FISIOTERAPIA EM UM PACIENTE PÓS ENDOPRÓTESE DE ÚMERO: RELATO DE EXPERIÊNCIA[1]

Valentina Bernardi Alves[2], Luciana Meggiolaro Pretto[3].

[1] Relato de Experiência de fisioterapeutas residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer e Atenção ao Idoso do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP)
[2] Fisioterapeuta; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer.
[3] Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Idoso (UPF/HSVP/SMS-PF)

INTRODUÇÃO

O osteossarcoma é um tumor ósseo maligno primário mais comum, podendo acometer qualquer faixa etária, porém é um dos tumores mais prevalentes na infância, adolescência e em adultos jovens (WU, et al., 2009), tem a prevalência maior em homens e se desenvolve nas extremidades dos ossos longos, como: úmero proximal, fêmur e tíbia proximal podendo, também, acometer ossos chatos como: vértebras, bacia e mandíbula (XAVIER, 2011). O seu pico de incidência é maior na segunda década de vida, o que sugere uma forte relação do desenvolvimento da malignidade com o crescimento ósseo rápido do adolescente (THEOLEYRE, et al., 2005). O osteossarcoma é definido pela presença de células mesenquimais malignas que produzem osteóides ou osso imaturo (HUVOS, 1991).

Os principais sinais e sintomas são: dor no osso afetado, com evolução progressiva, inchaço, calor local e limitação dos movimentos da articulação envolvida. As causas, assim como grande parte dos tumores malignos, ainda é de origem desconhecida, sendo que condições genéticas e hereditárias aumentam a ocorrência (XAVIER, 2011).

A sobrevida em pacientes portadores de osteossarcoma chega a até 70% em cinco anos para os que não possuem metastases e uma sobrevida global de até 80%, já quando esses pacientes apresentam uma recorrência, a sebrevida cai para 20% em um ano, podendo atingir 40% em cinco anos, isso somente quando é possível a ressecção completa da metástase pulmonar. Uma grande parte dos sobreviventes terão uma boa qualidade de vida após o tratamento adequado, sendo que hoje em dia a cura não visa somente a ausência de doença, mas também uma cura bio-psico-social e redução do risco de sequelas a longo prazo (MARTINS, PEREZ 2012).

Para a ressecção do tumor são realizados basicamente dois tipos de intervenção cirúrgica: a amputação ou a cirurgia de preservação do membro. A cirurgia em que se preserva o membro consiste na ressecção do tumor e substituição do defeito criado por uma endoprótese, a qual é indicada somente quando se garante uma sobrevida igual ou maior quando comparada a amputação (TSAI, et al, 2007). De acordo com Lehmann et al, o câncer e suas intervenções nesses casos podem produzir grandes perdas funcionais, sendo alguma de caráter permanente, sendo assim a reabilitação tem como objetivo promover o retorno do paciente as suas atividades realizadas no período anterior a cirurgia, com uma melhor qualidade de vida.

Xavier traz que após o procedimento cirúrgico, o acompanhamento fisioterapêutico dar-se-a durante vários meses de exercícios intensivos, para uma reabilitação e obtenção da função máxima

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

do membro, quando é necessária a amputação do membro o autor traz que o paciente deve utilizar prótese o mais precoce possível, além de realização de fisioterapia para tratar o coto e diminuir sequelas da amputação, como a síndrome do membro fantasma.

O objetivo deste estudo é relatar a experiência de fisioterapeutas da residência multiprofissional integrada em atenção ao câncer e atenção ao idoso quanto a reabilitação fisioterapêutica de um paciente submetido a endoprótese de úmero esquerdo em um hospital referência no norte do Estado do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência de fisioterapeutas através de atendimentos fisioterapêuticos em um paciente pós cirurgia de endoprótese e lobectomia, realizados em um Hospital referência da região norte, localizado na cidade de Passo Fundo, estado do Rio Grande do Sul. Os atendimentos fisioterapêuticos eram realizados durante o período de internação do paciente, com frequência diária, no leito do paciente, com duração média de 30 minutos de atendimento, os exercícios eram realizadas de maneira ativa e com orientações para realização de exercícios domiciliares.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Paciente masculino, 23 anos, estudante, portador de Osteossarcoma em região proximal de úmero esquerdo, tumor medindo 41,5 cm de diâmetro ao diagnóstico, com metástase pulmonar (2 nódulos em lobo inferior esquerdo, o primeiro medindo 0,3 cm e o segundo 0,4cm). Paciente realizou procedimento cirúrgico de endoprótese no dia 10 de abril de 2015 para retirada do osteossarcoma e realizou outro procedimento cirúrgico de lobectomia no dia 26 de maio de 2015 para retirada do lobo inferior do pulmão esquerdo, onde se encontravam os nódulos pulmonares, ambos procedimentos ocorreram em intercorrências.

Após o procedimento cirúrgico de endoprótese o paciente não foi liberado pela equipe ortopédica para a realização de fisioterapia motora apenas fisioterapia respiratória, com a alegação de que somente causaria dor e não haveria necessidade no primeiro momento de realizar movimentos com o membro operado.

Atualmente o paciente se encontra em bom estado geral, sem queixas álgicas, com redução da amplitude de movimento na articulação do ombro esquerdo com 30° de flexão e abdução, 15° de extensão, 10° de adução, diminuição de força em todos os movimentos da articulação do ombro esquerdo grau 3. A fisioterapia motora foi liberada somente após a segunda internação do paciente pós cirurgia, porém não foi autorizado a movimentação da articulação do ombro, diante disso a fisioterapia motora era realizada na articulação do cotovelo e punho, com objetivo de manter funcionalidade dessas articulações para facilitar alimentação, manipulação de objetos e auxilio para demais atividades realizadas com o membro superior direito.

Visto que o paciente não estava autorizado a realizar movimentos com a articulação do ombro, os exercícios propostos eram para ganho de força e funcionalidade de cotovelo e punho, com fortalecimento dos grupos musculares de flexão e extensão, rotação medial e lateral de cotovelo, flexão e extensão de punho, com auxílio de dispositivos como: faixas elásticas e alteres e para o membro superior contra lateral ao operado eram realizados exercícios de ganho de força e manutenção da amplitude de movimento com os mesmos dispositivos, porém com cargas maiores,

com o objetivo de manter a força para realizar movimentos e forças compensatórias pelo membro operado. Para fisioterapia respiratória o objetivo era expansão pulmonar, visto que o paciente retirou uma parte do pulmão, os exercícios eram realizados através de inspirações profundas, inspirações em tempos, com aparelhos de incentivo respiratório a fluxo e volume.

CONCLUSÃO

Conclui-se com este estudo que o atendimento fisioterapêutico é de extrema importância no pós operatório de ambas as cirurgias realizadas pelo paciente, seja para uma intervenção motora para ganho e manutenção de força e amplitude do membro operado, seja para manutenção e reexpansão pulmonar pela ressecção de parte do pulmão esquerdo.

Outro ponto importante e que fez diferença na reabilitação deste paciente foi a não conscientização da equipe da importância da realização da fisioterapia, desde um acompanhamento pré operatório adequado para uma melhor reabilitação e recuperação pós operatória e especialmente um acompanhamento pós operatório adequado com o objetivo principal de funcionalidade e uma melhor qualidade de vida para o paciente.

REFERÊNCIAS

Huvos A. Bone tumors: diagnosis, treatment and prognosis. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991.

Lehmann JF, DeLisa JA, Warren CG, deLateur BJ, Bryant PL, Nicholson CG. Cancer rehabilitation: assessment of need, development, and evaluation of a model of care. Arch Phys Med Rehabil. 1978;59(9):410-9.

MARTINS, G. E.; PEREZ, S, V. Acompanhamento do Paciente Tratado de Osteossarcoma. Acta ortop. bras. vol.20 no.4 São Paulo, 2012.

THÉOLEYRE, S.; MORI, K.; CHERRIER, B.; et al. Phenotypic and functional analysis of lymphocytes infiltrating osteolytic tumors: use as a possible therapeutic approach of osteosarcoma. BMC Cancer, v.5: p.1-10, 2005

TSAI, L. Y.; FILHO, R. J. G.; PETRILLI, A. S.; KORUKIAN, M.; VIOLA, D. C. M.; PETRILLI, M. T.; GODOY, F. A. C. Protocolo fisioterapêutico em pacientes submetidos à endoprótese não convencional de joelho por osteossarcoma: estudo prospectivo. Rev Bras Ortop. 2007;42(3):64-70.

Wu PK, Chen WM, Chen CF, Lee OK, Haung CK, Chen TH. Primary osteogenic sarcoma with pulmonary metastasis: clinical results and prognostic factors in 91 patients. Jpn J Clin Oncol. 2009;39(8):514-22.

XAVIER, D. S., Fisioterapia onco-funcional para graduação. 1ª ed. Manaus, 2011.