

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Lungcancer

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Funktionsområde Arbetsterapi och Fysioterapi, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammet riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	Sid
Introduktion	2
Målsättning	3
Intervention	4
Mätmetoder	5
Restriktioner	6
Uppföljning/vårdkedja	6
Förslag till fortsatt utveckling	6
Referenser	7

Författare

- Arbetsgrupp: Eeva Europe, Tove Helgeström, Joakim Pettersson
- Mail: eeva.europe@sll.se, tel: 08-585 819 55

Sökvägar

Databaser: Pedro, PubMed, Cochrane.

Sökord: Lung cancer, Physiotherapy, Acupuncture, Exercise, Chest physiotherapy

Produktionsår

- 2010

Revideringsår

- 2012 Eeva Europe, Maria Nykvist
- 2018 Eeva Europe, Ulrika Thunström

Introduktion

Lungcancer är globalt sett den vanligaste cancersjukdomen. Överlevnaden är generellt sätt mycket dålig. Lungcancer är idag den fjärde vanligaste cancer hos män och kvinnor i Sverige. 2012 registrerades drygt 3600 nya fall. Den förväntade relativa femårsöverlevnaden efter diagnos är idag ca 13 % (1).

Majoriteten av de som får lungcancer är rökare eller före detta rökare. Incidensutvecklingen för lungcancer följer i stort sett rökvanorna och har en latens på mellan 15 och 20 år (1). Andra faktorer, såsom exposition av asbest och radon, ökar incidensen och ger i samband med rökning en synergistisk effekt. Uppkomsten är beroende på arv och miljöfaktorer. Risken för lungcancer ökar om man har en nära släkting med lungcancer (1).

Lungcancer är en komplicerad sjukdom, där beslut om utredning, behandling och omvårdnad måste baseras på god bakgrundkunskap och förståelse för patientens situation (1).

Lungcancer ger symtom sent och vid diagnos har mera än hälften spridd sjukdom. Symtomen beror på vilken typ, storlek och lokalisation tumören har. Primärtumörens lokala symtom är hosta, hemoptys, andfåddhet och/eller bröstsmärta. Vid regional spridning kan heshet, phrenicusparese, plexuspåverkan uppstå. Kardiovaskulära symtom kan vara vena cava syndrom med svullnad om hals och armar samt dyspné och kardiella symtom ses även vid överväxt i pericardiet eller myokardiet som orsakar arytmier, takykardi och ger risk för tamponad. Esofaguspåverkan kan ses vid mediastenal spridning.

I 70% av fallen där cancer debuterar med symtom från centrala nervsystemet är orsaken lungcancer. Skelettmetastaser förekommer hos 25%, lever hos 35% och binjuror 25 - 40% av fallen. Paramaligna symtom som endokrinproduktion hos tumören ses i 10% av fallen.

Allmänna symtom såsom viktnedgång, feber och generell trötthet och orkeslöshet förekommer i varierande grad hos en majoritet av patienterna (1).

Den fysiska kapaciteten och rörelseförmåga kan vara nedsatt pga trötthet, illamående, minskad muskelmassa, nedsatt kondition, nedsatt lungfunktion, smärta, balanssvårigheter, neurologiska bortfall och nedstämdhet (1,2)

För alla patienter med cancer så även för de med lungcancer är fysisk aktivitet viktig både under behandlings- och rehabiliteringsfasen. Regelbunden fysisk aktivitet är ett effektivt sätt att reducera biverkningar som dels är resultat av inaktivitet, dels av sjukdomen i sig själv (3).

Fysisk träning specifikt, för patienter med lungcancer kan förbättra den fysiska prestationsförmågan, minska andfåddhet och trötthet både före, under och efter behandling. Det behövs större studier för att säkerställa evidensen för just den patientgruppen. Träning som är lämplig är en kombination av aerob träning och styrketräning (4,5,6).

För symtom som neuropati och cancerrelaterad fatigue rekommenderas fysisk aktivitet (3,7).

Det Nationella Vårdprogrammet för cancerrehabilitering poängterar vikten av teamarbete där fysioterapeuten har given roll då information om fysisk aktivitet och träning är den viktigaste interventionen i cancerrehabiliteringen (7).

Vid dyspné rekommenderas kontakt med fysioterapeut (7). Dyspné är ett vanligt symtom vid ca 37–58% av fallen och begränsar i många fall patientens förmåga att vara fysiskt aktiv. Den kan orsakas av flera olika mekanismer så som kompression av luftvägar, atelektas, pleuravätska, lymfangitis carcinomatosa, perikardvätska, tumörkompression av lungartär samt tromboemboli, eller sjukdomar som hjärtsvikt och KOL (1).

På grund av obehag och rädsla för dyspné kan patienten undvika att röra sig vilket leder till minskad uthållighet som sedan i sin tur förvärrar dyspnén (6).

Hosta är vanligt hos patienter med lungcancer, både rethosta och produktiv hosta kan förekomma (1). Det finns ingen evidens för andningsträning vid specifikt lungcancer utan allmänna riktlinjer för sekretmobilisering och dyspnélindring används.

Målsättning

Enligt Nordic Cancer Union: "Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdom och dess behandling. Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt" (8).

Patienten skall få kontakt med fysioterapeut utan fördröjning (8) pga sjukdomens allvarlighet och förväntad kort överlevnad.

Målet för åtgärderna är:

Att fördröja eller förebygga försämring av fysisk kapacitet.

Att underhålla och/eller förbättra rörelseförmågan.

Att minska risken för lungkomplikationer.

Intervention

Fysioterapeutisk intervention är aktuell vid nedsatt fysisk kapacitet, nedsatt rörelseförmåga, sekretstagnation och dyspné.

Fysisk aktivitet

Fysioterapeuten gör en bedömning av den fysiska kapaciteten och orsakerna till en nedsättning, sätter upp mål och åtgärder som är rimliga med tanke på det allmänna sjukdomstillståndet, samt vilken medicinsk behandling som patienten genomgår. Möjliga sjukgymnastiska åtgärder är mobilisering, gångträning, rörelseterapi, information om förhållningssätt till fysisk aktivitet och träning, instruktion av individuellt utformade träningsprogram och utprovning av gånghjälpmedel och information om förhållningssätt till fysisk aktivitet och träning.

Dyspné och sekretstagnation

Fysioterapeuten gör en bedömning av orsak samt grad av dyspné och i vilken utsträckning den begränsar patienten. Lämpliga åtgärder kan vara avlastade viloställningar, sluten läppandning, råd om energibesparande förflyttningar, guidad fysisk aktivitet samt utprovning av gånghjälpmedel.

Sekretstagnation kan utgöra en risk för ytterligare lungkomplikationer (9). Lämpliga metoder att motverka detta kan vara djupandning med eller utan motstånd på expiration (PEP), manuellt hoststöd, instruktion av host- och hufftekniker samt initiering och assistens med inhalationsterapi (9,10,11).

Övrigt

Utprovning av kompressionsstrumpor vid ödem.

Mätmetoder

Funktions nedsättning	Mätmetod	Syfte	Kroppsfunktion	Aktivitet/delaktighet	Omgivning /miljö
Nedsatt fysisk kapacitet	6 minuters gångtest (12,13)	Mäta fysisk kapacitet (aerob/cirkulatorisk förmåga under gång)	X	X	
Rörelseförmåga	Funktionella tester Förflyttningar Balanstester (15) Neurologiska tester Manuellt muskeltest enligt MRC (0-5 skala) (16)	Bedömning av rörelseförmåga	X X X	X X	
Dyspné	Andningsfrekvens Borg CR-10 skala (17) Auskultation Spirometri	Mäta grad och typ av dyspné samt bedöma orsak till dyspné	X X X X		
Sekretstagnation	Observation Auskultation Patientens subjektiva upplevelse	Bedöma typ och grad av sekretstagnation	X X X		

Restriktioner för fysioterapeutiska åtgärder

En strikt kontraindikation är pågående infektion. Vid infektionskänslighet bör man avvakta med högintensiv träning. Vid känd benskörhet skall träningen anpassas (3). Vid nyttillkommen andfåddhet och smärta ska inte träning inledas förrän orsaken är utredd (4).

Uppföljning/vårdkedja

Lungcancerpatienter kan remitteras från vårdavdelningen respektive lungdagvården ofta via kontaktsjuksköterska till Fysioterapimottagningen för ytterligare konsultation, behandling och utvärdering av tidigare åtgärder. Telefonrådgivning med patient förekommer när det bedöms lämpligt.

Patienter som vårdats ineliggande på lungmedicinsk vårdavdelning kan också tilldelas fysisk aktivitet på recept (FaR) med råd om lämplig aktivitet och individuellt anpassad intensitet, frekvens och duration. Ordinationen följs upp via telefonsamtal.

Remiss till primärvården till specialistsjukgymnast/kunnig inom onkologi alternativt respiration skrivs om patienten önskar få träna närmare hemmet.

Remiss till lymfterapi kompetent kollega skrivs då sådan terapi bedöms aktuell.

Referenser

1. Vårdprogram 2015. Lungcancer. Diagnostik, behandling och uppföljning i Stockholm-Gotland regionen. Onkologiskt centrum, Stockholm 2015.www.karolinska.se/oc
2. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for describing exercise therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports*. 2006; 16:3–63
3. FYSS 2017. Fysisk aktivitet I sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Red: Ståhle A. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Läkartidningen Förlag AB. ISBN:978-91-981711-2-9.
4. Granger CL, McDonald CF, Berney S, Chao C, Denehy L. Exercise intervention to improve exercise capacity and health related quality of life for patients with non-small cell lungcancer: a systematic review. *Lung cancer*. 2011; 72:139-153.
5. Andersen AH, Vinther A, Poulsen L, Mellempgaard A. Do patients with lungcancer benefit from physical exercise? *Acta Oncologica*. 2011; 50:307-313.
6. Shannon V. Role of pulmonary rehabilitation in the management of patients with lungcancer. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. 2010; 16:334-339.
7. Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering ISBN: 978-91-87587-9 (2017)
8. <http://www.ncu.nu/Default.aspx?ID=21>
9. Smith MCL, Ellis ER. Is retained mucus a risk factor for the development of postoperative atelectasis and pneumonia? Implications for the physiotherapist. *Physiotherapy theory and Practice*. 2000; 16:69-80.
10. Socialstyrelsen www.sos.se nationellt vårdprogram för KOL.
11. Fagevik Olsén M, Westerdahl E. Positive Expiratory Pressure in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease - a Systematic Review. *Respiration*. 2009; 77:110-118.
12. Gyuatt GH, Sullivan MJ, Thomsson PJ, Fallen EL, Pugsley SO, Tayler DW et al. The 6-minute walk: a new measure of exercie capacity in patients with chronic heart failure. *Can Med Assoc J*. 1985; 132(8):919-23.
13. Butland RJA, Pang J, Gross ER, Wodcoch AA, Geddes DM, Two-, six, and 12-minute walking test in respiratory disease. *BMJ*. 1982; 284:1607-1608.
14. Lanska DJ, Goetz CG. Romber's sign. Development, adption and adaption in the 19th century. *Neurology* 2000; 55:1201-1206.
15. Lundin-Olsson L, Jensen J, Waling K. Bergs balansskala, den svenska versionen av the balance scale. *Sjukgymnasten Vetenskapligt supplement* 1996; 1:16-19.
16. Medical Research Council of the United Kingdom. Aids to the examination of the peripheral nervous system: Memorandum No.45. Palo Alto, Calif: Pendragon House; 1978.
17. Borg. A category scale with ration properties for intermodal and interindividual comparisons. Amsterdam: North-Holland Publ Co; 1982.