

Uloga rehabilitacije (motivacije) na oporavak pacijenta kod hipoksičnog oštećenja mozga nakon epileptičkog napadaja – prikaz pacijenta

The role of rehabilitation (motivation) in patient's recovery after hypoxic cerebral damage caused by epileptic seizure – case report

Vesna Tabak, Mladenka Vrcić Keglević

Sažetak

Prikazan je primjer mladog bolesnika koji je imao ozbiljne motoričke, govorne i vidne deficite, uzrokovane ishemijom mozga, najvjerojatnije epileptičkim napadajem nastalim dok je bolesnik bio sam. Dodatno je doživio i novo ishemiju mozga kao posljedicu petminutnog srčanog zastoja nakon puknuća interkostalne arterije pri pleuralnoj punkciji. Nakon 3,5 mjesecne hospitalizacije, bolesnik je otpušten s ataktičnim i otežanim hodom, s povremeno nevoljnim pokretima, GMS lijevih ekstremiteta je bio snižen, govor je bio dizartričan, vid mutan i oslabljen, a psihomotorno je bio usporen. Njegovom uspješnom oporavku doprinijele su sve raspoložive mogućnosti rehabilitacije (bolnička, kućna i ambulantna fizikalna terapija), usporedo s vježbama govora i vida. Usprkos učinkovitosti navedenog liječenja, izgleda da su ipak presudnu ulogu u oporavku ovako teškog bolesnika imale osobine njegove ličnosti (optimizam i vjera u oporavak) i cjelokupno obiteljsko okruženje. Iste osobine imalo je i njegovo okruženje, roditelji i djevojka, koji su svojim zalaganjem i psihološkom potporom pridonijeli oporavku. On je primjer bolesnika gdje bi liječnik obiteljske medicine trebao primijeniti bio-psiho-socijalni pristup (holistički) i iskoristiti, uz medicinske i sve mogućnosti bolesnika i njegove obitelji u postizanju terapijskih ciljeva, primijeniti pacijentu orijentiranu skrb.

Summary

A case of young patient with serious motor, speech and visual disorders caused by cerebral ischemia, most probably due to epileptic seizure when he was home alone. Additionally he suffered another cerebral ischemia as a result of a five minute heart failure after rupture of intercostal artery while having pleural puncture. After 3 and a half months hospitalization the patient was dismissed with atactic and difficult walk with occasional unwilling movements, GMS of left extremities was lower, dysarthric speech, blurred and reduced vision, and his psychomotor skills were slowed down. His successful recovery was the result of all available possibilities of rehabilitation (hospital, home and ambulatory physical therapy) together with speech and vision exercises. In spite of the efficacy of the mentioned treatments it seems that the crucial role in the patient's recovery was his personality (optimism and belief in his recovery) and that of his family. His environment, parents and girlfriend had the same characteristics as he did. With their dedication and psychological support they contributed to the recovery. He is the example of the patient where family doctor should apply bio-psycho-social approach (holistic) and use, together with medical, the patient's possibilities and those of his family in order to achieve therapeutic goals, applying patient-oriented care.

Uvod

Epilepsija je uz glavobolju najčešća neurološka bolest. Učestalost se kreće od 0,6-1,2 %, povećava se sa starošću pacijenata, a češće se javlja kod muškaraca nego kod žena¹⁻³. Za očekivati je LOM ima u skrbi 3 -14 pacijenata s epilepsijom⁴. Godišnji raspon incidencije je 50-70 na 100.000 stanovnika, pa je vjerojatnost da se jedan od njih javi u ordinaciji LOM-a izrazito mala^{1,4}. Čini grupu neuroloških bolesti za koje su karakteristični epileptički napadi, koji su ponekad jedva primjetljivi neobični mišićni pokreti, do klasičnog, konvulzivnog epileptičkog napada s gubitkom svijesti. Epileptički napadi se najčešće ponavljaju, a budući da je terapija najčešće doživotna i epilepsija je svrstana u grupu kroničnih bolesti⁵. S teorijskog stanovišta se može govoriti o epilepsiji kao zasebnoj bolesti ili kao simptomu nekih drugih bolesti. Vjerojatno je epilepsija kao zasebna bolest posljedica genetskog defekta, a najčešće interakcije genetskog i vanjskih činioca. Češća je u djece i mladih. Epilepsija kao simptom, najčešće nastaje kao posljedica neuroloških bolesti; malformacija i oštećenja mozga prilikom poroda, povreda ili infekcija mozga u kasnijem životu, tumora ili cerebrovaskularnih oštećenja mozga. Osim malformacija i intrapartalnih povreda, drugi oblici se češće pojavljuju u kasnijoj životnoj dobi. Međutim, usprkos razvijenim dijagnostičkim metodama, kod najvećeg broja slučajeva epilepsije kao zasebne bolesti uzrok ostaje neotkriven^{5,6}.

U radu je prikazan primjer mladog muškarca, koji je najvjerojatnije doživio asfiksiju i hipoksemično oštećenje mozga kao posljedicu epileptičkog napada. Cilj ovog prikaza je obratiti pozornost na ulogu bolesnika i njegove obitelji u dugotrajnoj rehabilitaciji motoričkih oštećenja, oštećenja govora i vida i socijalnoj rehabilitaciji.

Prikaz slučaja

Muškarca u dobi od 34 godine bez ikakvih zdravstvenih tegoba, uspješnog mladog poslovnog čovjeka, neoženjenog u stabilnoj emotivnoj vezi,

za vrijeme službenog putovanja u Beč, pronašli su prijatelji u besvjesnom stanju u hotelskoj sobi. Bolesnik je reanimiran i intubiran te hospitaliziran u jednoj bečkoj bolnici tijekom mjesec dana, od kojih je 3 tjedna bio u komatoznom stanju. Radilo se vjerojatno o epileptičkom napadu nejasne geneze. Naknadno se iz heteroanamneze (roditelji,) saznalo da je kao dijete imao febrilne konvulzije, ali bez obiteljskog opterećenja za neurološke bolesti, s urednim ranim psihomotornim razvojem. Događaju je prethodila gastrointestinalna infekcija (mučnina, proljev), te glavobolja i vrtoglavica. Prije ovog događaja nije uzimao nikakve lijekove, ni alkohol, niti opojna sredstva.

Dijagnostičkom obradom kod prijema (CT mozga s angiografijom i MR mozga) našao se kavernom, bez znakova krvarenja ili ishemije, EEG je bio bez žarišnih ispada, pa je bolesnik vođen pod dijagnozom epilepsije s nerazjašnjenim uzrokom. Tijekom hospitalizacije nastupile su mnogobrojne komplikacije: rabdomioliza i akutno zatajenje bubrega liječeno hemodijalizom, oštećenje funkcije jetre i obostrani pleuralni izljev. Izljev je punktiran, prilikom čega je nastupila ruptura međurebrane arterije, hematotoraks s asistolijom i s petminutnim zastojem srca uz reanimaciju. Kontrolni MR mozga nakon reanimacije, u usporedbi s nalazom učinjenim kod prijema, je upućivao na hipoksična oštećenja u gornjem čeonom režnju obostrano, te kortikalno obostrano, pa je primijenjeno liječenje hipotermijom 7. Nakon buđenja iz kome i uz terapiju antiepilepticima bolesnik je premješten u Zagreb gdje je bio hospitaliziran slijedeća 2,5 mjeseca.

Prilikom otpusta iz bolnice, bolesnik je bio orijentiran u vremenu i prostoru, hod je bio ataktičan, otežan, s povremeno nevoljnim pokretima, gruba motorna snaga (GMS) lijevih ekstremiteta je bio snižena, govor je bio dizartričan, vid mutan i oslabljen, a psihomotorno je bio usporen. Započeta je bolnička rehabilitacija, koja je nastavljena u kući bolesnika pet puta tjedno. Fizioterapeut je provodio slijedeće postupke: individualne vježbe sa razgibavanjem zglobova i jačanje mišića, mobilizacija zglobova,

trening koordinacije i ravnoteže. Međutim, roditelji pacijenta, njegova djevojka, a i sam bolesnik su iskazali želju da nauče vježbe, pa kako kažu „osim noći i spavanja cijeli dan su provodili u vježbanju“. Potom je rehabilitacija nastavljena svakodnevno ambulantno u najbližoj ordinaciji fizikalne terapije, provodile su se individualne vježbe za vratnu kralježnicu i rameni obruč, vježbe za lijeve ekstremitete, vježbe koordinacije i trening na balans platformi. Istodobno su provedene logopedске vježbe i vježbe vida. Budući da je bolesnik bio teško pokretan, čitava obitelj je bila usmjerena na njegov oporavak, odvođeci ga na vježbe koje je on nastavljao vježbati samostalno, čim bi došao kući. Dva ljetna mjeseca rehabilitaciju je ambulantno provodio u Talasoterapiji u Crikvenici. Pored osobnog angažmana bolesnika i njegove obitelji, u njegovu rehabilitaciju su bila uložena i ozbiljna osobna materijalna sredstva. Niti u jednom trenutku, ni bolesnik niti članovi njegove obitelji, nisu se požalili na uloženi trud ni materijalna sredstva. Bilo je dojmljivo njihovo oslanjanje na same sebe, popraćeno zahvaćenošću zdravstvenim radnicima i zdravstvenom sustavu za sve što je u njega uloženo.

U nekoliko navrata učinjena reevaluacija zdravstvenog stanja, procjena neuroloških deficita, kognitivnog oštećenja, oštećenja vida, logopedskog statusa. Na svakoj kontroli se uočavao objektivan napredak na svim razinama: motorika, vid, govor i svakodnevno funkcioniranje. Nakon gotovo dvije godine pacijent se vratio na posao. Ima blagu lijevostranu hemiparezu uz uredan hod, govor nešto sporiji, ali uredan, kao i uredan vid. Oženio se i otac je dvogodišnjeg dječaka. Posao vodi uspješno, a u ambulantu dolazi povremeno. Uzima antiepileptike (EEG je difuzno dizritmički iritativno promijenjen), a uzrok epilepsije je ostao neotkriven. Kavernom i angiom koji su obradom nađeni, prema mišljenju neurologa i neurokirurga nisu doveli do epileptičkog statusa, te su procijenili da nema indikacija za njihovo operativno liječenje.

Smrtnost ljudi koji imaju epilepsiju je 1,6 do 4,1 puta veća nego u općoj populaciji, ovisno o osnovnom

uzroku, a najčešće se dešava u epileptičkom napadaju, kao iznenadna smrt ili posljedica suicida i traume⁸. Zbog toga je važno, pored zaustavljanja epileptičkog napada, održavanje prohodnosti dišnih puteva kao osnovna mjera prve pomoći u napadu, a osobito u statusu epileptikusu. Postavljanjem bolesnika u bočni položaj, spriječit će se smrt ili komplikacije od asfiksije nastale zbog opstrukcije dišnih puteva jezikom ili povraćanjem⁹. Nepoznati su mehanizmi nastanka smrti kod iznenadne smrti epileptičara¹⁰. Smrtnost starijih ljudi je osobito povećana^{8,9}. Prema NICE smjernicama, oko 40-60% smrti su preventabilne, pravovremenim otkrivanjem, ispravnim liječenjem i edukacijom bolesnika¹¹. Međutim, smrtnost kod epilepsije kao zasebne bolesti kod koje se ne nalazi uzrok nije značajno veća od opće populacije.

Rasprava

Kod prikazanog pacijenta se radilo o ishemičkom oštećenju mozga, najvjerojatnije uzrokovanim epileptičkim napadom pri čemu je došlo do asfiksije, jer je bolesnik bio sam i nije mu imao tko pružiti odgovarajuću pomoć. Zdravstveni problem se dodatno zakoplicirao, sa srčanim zastojem i posljedičnom, ponovnom ishemijom mozga tako da je nakon 3,5 mjeseca bolničkog liječenja otpušten, s ozbiljnim motoričkim, govornim i vidnim oštećenjima. Kao što je bilo i za očekivati sukladno literaturnim spoznajama, uspješan oporavak ovog teškog bolesnika svakako su bili važni medicinski zahvati¹². Osobito je bio presudan aktivan pristup usmjeren na individualne vježbe razgibavanje zglobova i jačanje mišića, uz volju i napor samog bolesnika, što je fizioterapeut prepoznao pri samom dolasku u kuću bolesnika^{13,14}. Nije primijenio samo pasivno razgibavanje zglobova i jačanje mišića, jer je očito procijenio da su manje učinkovite metode¹⁵. Primijenio je metodu „hodanja i razgovora“ koju je pacijent nastavljao uz pomoć svoje obitelji¹⁶. Metode utemeljene na istim principima primijenili su i logoped i oftalmolog, dozirajući postizanje ciljeva prema bolesnikovim motivima i mogućnostima¹⁷.

Međutim, čini mi se da je u rehabilitaciji bila presudna uloga samog bolesnika i njegove obitelji 18. Iako je prošlo 3,5 mjeseca od početka bolesti do trenutka kada sam ga upoznala, kod njega nisu bili vidljivi simptomi gubitka samopouzdanja, samosažaljenje ili depresija, simptomi koji se često javljaju nakon teških bolesti, osobito kada je u pitanju gubitak govora i vida kod neuroloških bolesnika¹⁹⁻²¹. On je cijelo vrijeme bio svjestan stanja, ali ne i zabrinut ili apatičan²². Iako nikad nismo proveli psihološko testiranje, čini se da bi po svojoj strukturi ličnosti pacijent spadao u grupu optimista, s izraženim povjerenjem u sebe i svoje mogućnosti, s internim lokusom kontrole, ali je bio i emocionalno topla osoba s izrazitim povjerenjem u druge ljude, osobito u zdravstvene profesionalce. Nije bio perfekcionista s osjećajem neuspjeha ako neku radnju ne bi izveo na najbolji način, dapače bio je uporan u ponavljanju s dozom autoironije. Iz literature je poznato da su takve osobine ličnosti povezane s boljim ishodima kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, bolesnika s kroničnom lumbalnom boli i kod psihijatrijskih bolesnika, a utjecale su i na oporavak nakon hospitalizacije kod starijih bolesnik²³⁻²⁷.

Iako su poznate emocionalne promjene nakon ishemijske mozga, izgleda da ni njegov odnos s najbližima nije bio poremećen niti su se članovi obitelji našli zatečeni ozbiljnošću njegovog stanja^{28,29}. Obitelj, roditelji i djevojka bili su neumorni u pružanju svesrdne potpore, neophodno važne u oporavku bolesnika³⁰. Cijelo vrijeme imali su optimističan pristup i pomogli mu da u punom opsegu primjeni „samopomoći“³¹.

Zaključak

Prikazan je primjer bolesnika u čijem su uspješnom oporavku iskorišteni sve raspoložive mogućnosti u rehabilitaciji teške bolesti, no izgleda da su presudnu ulogu imale osobine njegove ličnosti i cjelokupno obiteljsko okružje. On je primjer bolesnika gdje bi liječnik obiteljske medicine trebao primijeniti bio-psiho-socijalni pristup (holistički) i iskoristiti, ne

samo medicinske, nego i sve mogućnosti bolesnika i njegovog okružja, u postizanju terapijskih ciljeva, primijeniti pacijentu orijentiranu skrb.

Literatura

1. Thurman DJ, Beghi E, Begley CE, Berg AT, Buchhalter JR, Ding D, i sur. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. *Epilepsia*. 2011;52(Suppl 7):2–26.
2. De la Courte A, Breteler MM, Meinardi H, Hause A, Hofman A. Prevalence of epilepsy in the elderly: the Rotterdam study. *Epilepsia*. 1996;37:141-7.
3. Hirtz D, Thurman DJ, Gwinn-Hardy K, Mohamed M, Chaudhuri AR, Zalutsky R. How common are the ‘common’ neurologic disorders? *Neurology*. 2007;68:326–37.
4. Sander JW, Hart YM, Johnson AL, Shorvon SD. National general practice study of epilepsy: newly diagnosed epileptic seizures in a general population. *Lancet*. 1990;336:1267–71.
5. Epilepsy. WHO Fact Sheet 2012;(999)-
6. Pandolfo M. Genetics of epilepsy. *Semin Neurol*. 2011;31:506–18.
7. Gornik I, Peklić M, Gašparović V. Hipotermija nakon kardijalnog aresta-premalo upotrebljavana metoda koja spašava živote. *Liječ Vjesn*. 2010;132:25-30.
8. Hitiris N, Mohanraj R, Norrie J, Brodie MJ. Mortality in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2007;10:363–76.
9. Michael GE, O’Connor RE. The diagnosis and management of seizures and status epilepticus in the prehospital setting. *Emerg Med Clin North Am*. 2011;29:29–39.
10. Ryvlin P, Nashef L, Tomson T. Prevention of sudden unexpected death in epilepsy: a realistic goal? *Epilepsia*. 2013;54(Suppl 2):23–8.
11. National Clinical Guideline Centre. Seizures and epilepsy (G40–G41, 345). London: NCGC, 2012. Dostupno na: www.ncgc.ac.uk
12. Galea MP. Physical modalities in the treatment of neurological dysfunction. *Clin Neurol Neurosurg*-2012;114:483-8.
13. Lisa LP, Jugheters A, Kerckhofs E. The effectiveness of different treatment modalities for the rehabilitation of unilateral neglect in stroke patients: a systematic review. *Neuro Rehabil*. 2013;33:611-20.

14. Khan CM, Oesch PR, Gamper UN, Kool JP, Beer S. Potential effectiveness of three different treatment approaches to improve minimal to moderate arm and hand function after stroke--a pilot randomized clinical trial. *Clin Rehabil.* 2011;25:1032-41.
15. Katalinic OM, Harvey LA, Herbert RD. Effectiveness of stretch for the treatment and prevention of contractures in people with neurological conditions: a systematic review. *Phys Ther.* 2011;91:11-24.
16. Evans JJ, Greenfield E, Wilson BA, Bateman A. Walking and talking therapy: improving cognitive-motor dual-tasking in neurological illness. *J Int Neuropsychol Soc.* 2009;15:112-20.
17. Sullivan JE, Andrews AW, Lanzino D, Perron AE, Potter KA. Outcome measures in neurological physical therapy practice: part II. A patient-centered process. *J Neurol Phys Ther* 2011;35:65-74.
18. Bragoni M, Broccoli M, Iosa M i sur. Influence of psychologic features on rehabilitation outcomes in patients with subacute stroke trained with robotic-aided walking therapy. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013;92(Suppl 2):e16-25.
19. Davis CG, Egan M, Dubouloz CJ, Kubina LA, Kessler D. Adaptation following stroke: a personal projects analysis. *Rehabil Psychol.* 2013;58:287-98.
20. Shehata GA, El Mistikawi T, Risha AS, Hassan HS. The effect of aphasia upon personality traits, depression and anxiety among stroke patients. *J Affect Disord.* 2014; 22;172C:312-4.
21. Caeiro L, Ferro JM, Costa J. Apathy secondary to stroke: a systematic review and meta-analysis. *Cerebrovasc Dis.* 2013;35:23-39.
22. Sturmer T, Hasselbach P, Amelang M. Personality, lifestyles and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *BMJ.* 2006;332(7554):1359. Epub 2006 May 10.
23. Hummer K, Vannatta J, Thompson D. Locus of control and metabolic control of diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Educ.* 2011;37:104-10.
24. Oliveira TH, Oliveira VC, Melo RC, Melo RM, Freitas AE, Ferreira PH. Patients in treatment for chronic low back pain have higher externalised beliefs: a cross-sectional study. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16:35-9.
25. Hutcheson C, Fleming MP, Martin CR. An examination and appreciation of the dimensions of locus of control in psychosis: issues and relationships between constructs and measurement. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;21:906-16.
26. Milte CM, Luszcz MA, Ratcliffe J, Masters S, Crotty M. Influence of health locus of control on recovery of function in recently hospitalized frail older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;15:341-9.
27. Farinelli M, Panksepp J, Cevolani D i sur. Do brain lesions in stroke affect basic emotions and attachment? *J Clin Exp Neuropsychol.* 2015;29:1-19.
28. McLennon SM, Bakas T, Jessup NM, Habermann B, Weaver MT. Task difficulty and life changes among stroke family caregivers: relationship to depressive symptoms. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95:2484-90.
29. Cameron JI, Naglie G, Green TL i sur. Randomized cclinical trial of the timing it right stroke family support program: research protocol. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:14-8.
30. Warner G, Packer T, Villeneuve M, Audulv A, Versnel J. A systematic review of the effectiveness of stroke self-management programs for improving function and participation outcomes: self-management programs for stroke survivors. *Disabil Rehabil.* 2015;12:1-23.