

*Jerzy Jarosz

Opieka paliatywna we współczesnej onkologii

Palliative care in present-day oncology

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie
Kierownik Zakładu: dr hab. med. Jerzy Jarosz

*„Opieka paliatywna zaczyna się od zrozumienia,
że każdy chory ma swoją własną historię, swoje miejsce w społeczeństwie,
swoją kulturę i jest godny szacunku jako niepowtarzalna jednostka”.*

Dame Cicely Saunders (1)

Streszczenie

Medycyna paliatywna może być postrzegana jako jedna z najmłodszych dynamicznie rozwijających się dziedzin onkologii. Początki współczesnej medycyny paliatywnej datowane są na lata 60. XX wieku i były związane z pracami C. Saunders i E. Kuebler Ross. W propagowaniu leczenia przeciwbólowego i rozwoju medycyny paliatywnej istotną rolę odegrały inicjatywy światowej Organizacji Zdrowia. W Polsce medycyna paliatywna rozwijała się od lat osiemdziesiątych jako ruch wolontariuszy. Od lat 90. zdobywała swoje miejsce w krajowym systemie ochrony zdrowia. Od 1999 roku jest samodzielną specjalizacją lekarską i pielęgniarską. Polska znajduje się obecnie w czołówce krajów europejskich pod względem dostępności opieki paliatywnej. Procedury z zakresu opieki paliatywnej są w Polsce refundowane przez NFZ i całkowicie bezpłatne dla chorych.

Medycyna paliatywna jako priorytet traktuje jakość życia pacjentów. W tym aspekcie przeciwstawia się eutanazji, ale i uporczywej terapii. Racjonalne podejście do leczenia objawowego przyczyniło się do istotnych postępów w zwalczaniu bólów nowotworowych. Farmakoterapia bazująca na zastosowaniu opioidów i leków uzupełniających umożliwia uzyskanie 80-90% skuteczności. Ciągłe istotnym problemem jest zwalczanie zaburzeń metabolicznych objawiających się wyniszczeniem. Postępy w tej dziedzinie można uzyskiwać poprzez racjonalizację diagnostyki oraz wczesne i zróżnicowane interwencje żywieniowe i farmakologiczne.

Słowa kluczowe: medycyna paliatywna, opieka paliatywna, leczenie wspomagające, ból nowotworowy, opioidy, wyniszczenie nowotworowe, leczenie żywieniowe

Summary

Palliative care may well be considered both the youngest and the most rapidly growing field of oncology. In its modern form it does not go back further than the 1960's and arises directly from the works of C. Saunders and E. Kuebler Ross. Later the propagation of pain treatment standards and its development were significantly aided by the activity of the World Health Organization. The implementation of palliative medicine in Poland began in the 1980's and at the onset it was a voluntary movement, while since the 1990's it began to find its place within the National Health Care System and in 1999 it became a separate medical specialty for both physicians and the nursing staff. At present Poland is in the lead among European countries as far as the accessibility of palliative care is concerned and palliative medicine procedures are subject to National Health Care System refunds and therefore provided for the patients on a none-cost basis.

Quality of life is the utmost goal of palliative medicine. In view of this it stands in direct and decisive opposition to euthanasia, but also to persistent therapy. The application of a rationalized approach to symptomatic treatment has improved the results of cancer pain alleviation. Pharmacologic treatment of pain based on opioids and adjuvant drugs is effective in some 80-90% of cases, but metabolic disorders leading to cancer cachexia remain a persisting issue. The latter clinical condition may be tackled by rationalizing diagnostics and introducing early and differentiated nutritional and pharmacologic modalities.

Key words: palliative care, palliative medicine, supportive care in oncology, cancer pain, opioids, cancer cachexia, nutritional support

Opieka paliatywna może być zdefiniowana jako filozofia a jednocześnie zorganizowany system opieki nad osobami z prowadzącymi do śmierci wyniszczającymi chorobami. Celem jest zapobieganie i zwalczanie cierpień oraz wspieranie możliwie najlepszej jakości życia chorego i jego rodziny niezależnie od stopnia zaawansowania choroby i rodzaju prowadzonego leczenia przyczynowego. Opieka paliatywna sprawowana jest jednocześnie z leczeniem przyczynowym lub też samodzielnie jako zasadniczy cel. Chociaż opieka paliatywna znajduje swoje miejsce w różnych działach medycyny, to jednak w najpełniejszej formie związana jest z onkologią. Wynika to z charakterystyki choroby nowotworowej, a szczególnie jej końcowego (nazywanego kiedyś „terminalnym”) okresu.

Wyjaśnienia wymaga istniejące zamieszanie nomenklatury. Używane są określenia „opieka paliatywna” i/lub „opieka hospicyjna”. Obydwa terminy mogą być uważane za synonimy, które używane są zależnie od lokalnych tradycji. W Polsce, terminu „hospicyjny” używa się zazwyczaj dla opisania ośrodków związanych z kościołem lub odwołujących się do tradycji brytyjskiej. Termin „opieka paliatywna” występuje częściej w oficjalnych dokumentach, jest też nazwą specjalizacji pielęgniarskiej. W odniesieniu do specjalizacji lekarskiej i dziedziny medycyny (nauki) używa się określenia „medycyna paliatywna”.

Medycyna paliatywna może być postrzegana jako jedna z najmłodszych dynamicznie rozwijających się dziedzin onkologii. Rozwój obserwowany w ostatnim trzystoletniu może być traktowany jako swoista rekompensata medycyny za lata zaniedbań, jakich dopuszczono się wobec nieuleczalnie chorych. Dążenie do wyleczenia zdominowało myślenie lekarskie do tego stopnia, że troska o losy chorych, którzy nie mają szansy na wyleczenie całkowicie przestało być przedmiotem zainteresowania. Lekarze, wyczerpawszy sposoby leczenia przyczynowego, uważali, że nic już nie mogą zrobić dla chorego i taką też informację, w otwarty lub częściej zakamuflowany sposób, przekazywali choremu i jego rodzinie. Śmierć i umiarkowanie traktowane były jako porażka medycyny, a nie jako nieunikniony, bardzo trudny element życia i choroby.

Zarys historii współczesnej medycyny paliatywnej

Początki i rozwój współczesnej medycyny paliatywnej związane są z działalnością C. Saunders, która w 1967 roku otworzyła Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. Ośrodek ten zaprezentował aktywne i racjonalne podejście do leczenia objawowego oraz konieczność kompleksowej, indywidualizowanej opieki nad chorymi, stał się też miejscem intensywnego szkolenia lekarzy i opiekunów. Działalność ośrodka udowodniła, że lekarze w sposób istotny mogą wpływać na losy chorych, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby. Problemem jest tylko wybór właściwego leczenia. Nawet wtedy, gdy nie ma szansy ani na wyleczenie, ani na wydłużenie życia, można zredukować cierpienie, poprawiać jakość życia zarówno chorego, jak i jego najbliższych.

Innym, obok aktywności C. Saunders, znaczącym przyczynkiem do rozwoju medycyny paliatywnej w tamtym okresie (1969) były obserwacje E. Kuebler-Ross dotyczące psychicznych reakcji na rozpoznanie, a później przystosowania się do życia z postępującą, prowadzącą do śmierci chorobą. W latach 70. XX wieku powstają wzorowane na modelu brytyjskim hospicja w USA, Kanadzie, Australii, Holandii, Japonii. Jednocześnie idea opieki paliatywnej rozprzestrzeniła się na inne kraje, gdzie przyjmuje mniej lub bardziej wyodrębnione formy organizacyjne.

Istotnym wydarzeniem w historii współczesnej medycyny paliatywnej było opublikowanie przez Komitet Ekspertów WHO zaleceń dotyczących sposobu leczenia bólów nowotworowych (2). W zaleceniach tych podkreślono, że leczenie chorych z bólem nowotworowym jest ważnym, lecz zaniedbanym problemem. Główne powody takich zaniedbań wynikają z braku zainteresowania problemem ze strony lekarzy i osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną państw oraz kształcenie personelu medycznego. Poważną przeszkodą w leczeniu są ograniczenia w stosowaniu silnych leków opioidowych spowodowane nieracjonalnym lękiem przed wywołaniem uzależnienia u chorych.

W Polsce, współczesna medycyna paliatywna (częściej używaną wówczas nazwą było „hospicjum”) rozwijała się w latach 80. XX wieku, biorąc swój początek w spontanicznie powstających organizacjach wolontariuszy. W latach 1981-1990 powstało 14 pierwszych hospicjów, które zajmowały się pomocą domową dla nieuleczalnie chorych, a także prowadziły intensywną działalność edukacyjną (3). Hospicja te działały poza oficjalnymi strukturami służby zdrowia, często wspierane przez instytucje kościoła katolickiego (2). Jako inspirację do podejmowania działalności, wolontariusze podawali motywy religijne, obywatelskie, a także potrzebę powrotu do humanizmu w medycynie (4).

Za początki opieki paliatywnej działającej w strukturach narodowego systemu ochrony zdrowia trzeba uznać utworzenie Poradni Przeciwbólowej w Centrum Onkologii w Warszawie w 1986 roku, która oprócz porad ambulatoryjnych prowadziła również opiekę domową oraz organizacyjnie wspierała tworzony przez wolontariuszy ruch hospicyjny (5, 6). W 1995 roku działalność poradni uzupełniono oddziałem Badania Bólu i Terapii Paliatywnej, co z kolei stworzyło podwaliny dla powstania Zakładu Medycyny Paliatywnej. Taki kierunek rozwoju z utrzymaną stałą współpracą z ośrodkami opieki domowej nazwano „modelem warszawskim” (6). Innym ośrodkiem związanym od początku z onkologią była utworzona w 1990 roku Klinika Opieki Paliatywnej przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu.

Od początku lat 90. konsekwentnie włączano opiekę hospicyjną do narodowego systemu ochrony zdrowia. Przy Ministerstwie Zdrowia powstał „Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce”. Ustanowiono specjalizację lekarską i pielęgniarską z zakresu medycyny paliatywnej (1999). Narodowy Program

Zwalczania Chorób Nowotworowych funkcjonujący od 2006 roku uwzględnia też rozwój medycyny paliatywnej jako części onkologii.

W zreformowanym systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce opieka paliatywna jest finansowana ze środków publicznych. Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej znajdują się na liście świadczeń gwarantowanych Ministerstwa Zdrowia.

Czym jest medycyna paliatywna

Światowa Organizacja Zdrowia podaje następującą definicję opieki paliatywnej: „dążenie do poprawy jakości życia zarówno chorych na nieuleczalne, prowadzące do śmierci choroby, jak i ich rodzin. Medycyna paliatywna obejmuje zapobieganie i zwalczanie cierpień, wczesne stawianie rozpoznań, staranne badanie i leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów – fizycznych, psychosocjalnych i duchowych” (7).

Aby to zapewnić, leczenie musi odpowiadać na wszystkie potrzeby chorego. Opieka paliatywna zawiera opiekę medyczną ze szczególnym naciskiem na łagodzenie bólu i innych dokuczliwych objawów. Potrzeby socjalne i psychiczne to przede wszystkim ograniczanie poczucia osamotnienia, izolacji społecznej i akceptacji ze strony otoczenia i umożliwienie choremu i jego najbliższemu pogodzenie się z nadciągającą śmiercią. Potrzeby duchowe, to niezależnie od światopoglądu, próba znalezienia odpowiedzi na pytania dotyczące sensu kończącego się życia, sensu cierpienia i „rozliczenia się” z odchodzącym światem doczesnym.

W dalszej części, cytowana definicja deklaruje koncentrowanie się na jakości życia – „medycyna paliatywna afirmuje życie, choć szanuje nieuchronność śmierci”. Rozwinięciem takiego podejścia jest deklaracja: „nie dąży do przyspieszenia ani do odwleczenia śmierci”. Jest to bezpośrednio przeciwstawienie się eutanazji, a z drugiej strony, także uporczywej terapii. Uporczywa terapia nie jest akceptowana, kiedy odwołując się za wszelką cenę moment śmierci, przedłuża umieranie, narażając chorego na dodatkowe cierpienia, które nie mogą przynieść żadnych korzyści. Uporczywa terapia może być sprzeczna z zasadą godnego życia/umierania.

Sprzeciw wobec eutanazji przedstawiony jest w stanowisku Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC). Określając eutanazję jako „motywowane współczuciem, przemyślane, gwałtowne i bezbolesne przerwanie życia osoby dotkniętej nieuleczalną postępującą chorobą”, EAPC stanowczo i bezwarunkowo przeciwstawia się tak rozumianej eutanazji jako niepotrzebnej i szkodliwej (8). Jednocześnie, w swoim stanowisku zaznacza, że eutanazją nie są: zaniechanie uporczywej terapii, odstąpienie od uporczywej terapii, sedacja terminalna.

Podstawowym argumentem jaki przeciwstawiono eutanazji jest efektywność opieki paliatywnej w walce z cierpieniem. Wobec tego, eutanazja nie znajduje uzasadnienia (jest niepotrzebna).

Skuteczność opieki paliatywnej wynika przede wszystkim z całościowego podejścia do problemów chorego i jego opiekunów oraz systematycznego, racjonalnego podejścia do leczenia objawowego.

Miejsce medycyny paliatywnej w onkologii

Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (*European Society for Medical Oncology* – ESMO) podkreśla, że onkolodzy ponosząc główny ciężar leczenia chorych na nowotwory złośliwe, mają moralny i kliniczny obowiązek koordynowania leczenia we wszystkich jego fazach.

„Ponieważ większość chorych na nowotwory złośliwe jest leczonych w wyspecjalizowanych szpitalach lub klinikach, staje się konieczne, aby jednostki te były przygotowane na prowadzenie odpowiedniej opieki wspomagającej i paliatywnej jako części swojej działalności. Kluczowym zadaniem w tym zakresie jest monitorowanie chorych w celu identyfikacji tych, którzy mają specjalne potrzeby oraz bezzwłoczne wdrażanie opieki wspomagającej i paliatywnej, traktowanych jako element rutynowego leczenia onkologicznego” (9).

Opieka paliatywna w onkologii powinna być rozpoznawana jako element leczenia wspomagającego. ESMO definiuje, że celem leczenia wspomagającego jest optymalizacja komfortu życia, funkcjonowania i wsparcia społecznego chorych i ich rodzin we wszystkich stadiach choroby. Jest to pojęcie ogólne, odnoszące się w zasadzie do wszystkich chorych na nowotwory. Pojęcie to obejmuje optymalne leczenie przeciwnowotworowe właściwe dla stopnia zaawansowania choroby, zapobieganie wystąpieniu i zwalczanie działań niepożądanych, optymalna kontrola objawów (fizycznych i psychologicznych), optymalne wsparcie społeczne oraz wsparcie rodziny, optymalizację funkcjonowania. Opieka paliatywna odnosi się do etapu, kiedy możliwość wyleczenia przestaje być realna i leczenie koncentruje się na jakości życia chorego i jego najbliższych.

ESMO wskazuje modelowe rozwiązania integrujące leczenie onkologiczne z opieką paliatywną, akredytując ośrodki, które w praktyce integrują te dziedziny (*ESMO Designated Center in the Integration of Oncology and Palliative Care*). W Polsce 2 ośrodki posiadają taką akredytację. Są to Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie (10).

Struktura opieki paliatywnej w Polsce

Pod względem rozwoju medycyny paliatywnej Polska zajmuje czwarte miejsce wśród krajów Unii Europejskiej pod względem posiadanej struktury opieki paliatywnej i piąte miejsce pod względem struktury i aktywności (11).

W Polsce opieka paliatywna dla chorych na nowotwory złośliwe jest refundowana przez NFZ i całkowicie bezpłatna dla pacjentów.

W ramach kontraktów z NFZ, jednostki opieki paliatywnej zobowiązane są do zapewnienia całodobowe-

go dostępu do świadczeń przez 7 dni w tygodniu w warunkach stacjonarnych i domowych.

Funkcjonujące formy opieki paliatywnej w Polsce to przede wszystkim zespoły opieki domowej (hospicjum domowe) i opieka stacjonarna (hospicjum lub oddział paliatywny); mniej rozpowszechniona jest opieka ambulatoryjna. Do rzadkości należą oddziały opieki dziennej oraz szpitalne zespoły wspierające. Odrębny charakter ma opieka paliatywna nad dziećmi.

Leczenie objawowe w opiece paliatywnej

Skuteczne łagodzenie objawów choroby stanowi jeden z fundamentów medycyny paliatywnej. Okres zaawansowanej choroby nowotworowej zazwyczaj związany jest z występowaniem licznych objawów istotnie zakłócających możliwości funkcjonowania pacjentów, bezpośrednio wywołujących cierpienia fizyczne oraz nasilających cierpienia psychiczne. Niekontrolowane objawy choroby są też źródłem cierpienia rodziny chorego.

Większość objawów można stosunkowo skutecznie łagodzić. Leczenie objawowe wymaga systematycznego podejścia i tak jak w leczeniu przyczynowym, kluczem sukcesu terapeutycznego jest ustalenie rozpoznania. Analiza dotycząca etiologii, patomechanizmu, a następnie reakcji na zastosowane leczenie stanowią podstawowe elementy rozpoznania.

W onkologii jako czynnik etiologiczny różnych objawów brany jest pod uwagę nowotwór, ale też skutki leczenia przeciwnowotworowego, a wreszcie choroby współistniejące. Rozpoznanie patomechanizmu pozwala ukierunkować leczenie na zahamowanie nadmiernej reakcji zapalnej, neuromediatorów uczestniczących w poszczególnych reakcjach obronnych (ból, wymioty itp.), redukcji reakcji emocjonalnej czy po prostu interwencji mechanicznej.

Dostępne są różne statystyki obrazujące częstotliwość występowania różnych objawów. Wszystkie z nich wymieniają ból, zaburzenia łaknienia często połączone z wyniszczeniem, znużenie, jako objawy występujące najczęściej i dotyczące większości do 90% chorych niezależnie od pierwotnej lokalizacji nowotworu. W dalszej kolejności, choć dotyczące co najmniej połowy chorych, wymieniane są depresja, lęk, duszność, zaparcia, nudności, wymioty, splatanie. Statystyki te obrazują skalę problemu i przemawiają do wyobraźni lekarzy, ale tylko w niewielkim stopniu mogą być wykorzystane praktycznie (12). Nowym podejściem w medycynie paliatywnej jest analiza współistnienia różnych objawów – występowanie grup (klasterów) objawów. Tego typu analiza może doprowadzić do opisanego różnych obrazów klinicznych terminalnej fazy choroby nowotworowej, a w konsekwencji optymalizacji leczenia i rokowania.

W pracy Aktasa i wsp. (13) w analizowanej grupie 1000 pacjentów zidentyfikowano 7 grup różniących się grupami dominujących objawów. Grupy te nazwano roboczo: znużenie/kacheksja, objawy neuropsychologiczne, objawy z górnego odcinka przewodu pokar-

mowego, nudności i wymioty, klaster oddechowo-trawienny, osłabienie, ból. Występowanie grupy objawów opisanych jako: znużenie/kacheksja, osłabienie i oddechowo-trawienna mają statystycznie znamienne, negatywny wpływ na przeżycie.

Cytowane rozważania mają nie tylko znaczenie prognostyczne, ale pozwalają rozróżnić niuansy przebiegu choroby, a dalej, różnicować leczenie. Już obecnie jest to oczywiste w leczeniu przeciwbólowym. W odniesieniu do innych objawów dociekania te nie znalazły jeszcze zadowalających zastosowań.

Na równi z obrazem klinicznym choroby, w ustalaniu rozpoznania i planu leczenia w medycynie paliatywnej uwzględniany jest wpływ poszczególnych elementów na możliwości funkcjonowania i jakość życia pacjentów. Widder i Glawish-Goshnik jako podstawowe kwestie w opiece paliatywnej wymieniają: objawy choroby, samoocenę (w wymiarze cielesnym, symbolicznym, społecznym), bliskość śmierci (14).

Na pewno, lekarze koncentrując się na objawach choroby, zbyt mało uwagi zwracają na element samooceny pacjentów. Chorzy budują obraz samego siebie między innymi w oparciu o to, jak „widzą swoje odbicie” w oczach otaczających ich ludzi. Lekarz zazwyczaj traktowany jest przez chorego jako najważniejszy autorytet. Sposób przekazywania informacji, używane określenia, gesty, okazanie zainteresowania przez lekarza są odczytywane właśnie jako takie odbicie. Powszechnie znana jest sytuacja, kiedy chory zataja przed lekarzem odczuwane bóle po to, by pokazać się w lepszym świetle, uzyskać bardziej optymistyczny odzew. Wszystko to nakłada na lekarzy specjalną odpowiedzialność. Typowym przykładem traumatyzujących słów jest określanie analgetyków opioidowych mianem „narkotyków”. Chociaż można upierać się, że nazwa ta znajduje merytoryczne uzasadnienie, to jednak choćby ze względu na złe skojarzenia, nie powinna być używana w sytuacji leczenia przeciwbólowego w onkologii. Szczególnych dylematów dostarcza postępowanie u chorych z wyniszczeniem nowotworowym. Widoczna (w dosłownym znaczeniu) i postępująca choroba dramatycznie obniża samoocenę; jest też powodem frustracji opiekunów.

Wyniszczenie nowotworowe

Postępująca utrata masy ciała należy do typowych objawów zaawansowanej choroby nowotworowej. W przypadkach nowotworów żołądka, trzustki, przełyku wyniszczenie pojawia się wcześniej i może być pierwszym objawem choroby. W przebiegu nowotworów głowy i szyi, raka jelita grubego, gruczołu krokowego i płuca wyniszczenie występuje w okresie późniejszym. Rak piersi, mięsaki zaliczyć można do nowotworów o niskim potencjale powodowania wyniszczenia.

W okresie bezpośrednio poprzedzającym śmierć, niezależnie od rodzaju nowotworu, wyniszczenie jest rozpoznawane u ok. 80% chorych, a u 20% stanowi bezpośrednią przyczynę zgonu.

W medycynie paliatywnej wyniszczenie nowotworowe analizowane jest co najmniej w 2 kierunkach: jako zespół zaburzeń metabolicznych opornych na interwencjach farmakologicznej i żywieniowej, a jednocześnie jako poważne zakłócenie możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb zdrowotnych i społecznych, do jakich należy jedzenie oraz załamywanie się głęboko zakorzenionych poglądów na temat roli odżywiania jako wskaźnika postępu choroby, a dla opiekunów jako symbol opiekania się chorymi. Znaczenie wyniszczenia nowotworowego w tym ostatnim aspekcie ilustrują wyniki uzyskane w badaniu Reid i wsp. (15):

Wyniszczenie zaburza obraz własnego ciała. „Wyniszczony wygląd” był źródłem poważnego niepokoju u wszystkich badanych. Inne wyodrębnione obszary to:

- Stygmat socjalny („stał się odludkiem... nie chce, by ludzie na niego patrzyli”, „czuje się oblegany przez ludzi pytających: jak się czujesz”).
- Utrata samoidentyfikacji, alienacja od samego siebie: „kiedy patrzę w lustro, widzę twarz, która patrzy na mnie, ale to nie jestem ja”.
- Niepokoje rodziny (utrata wagi interpretowana jako zły objaw, „zmuszanie się/zmuszanie do jedzenia”. Tzw. konflikty „nad talerzem” („sam wiem, że muszę jeść, ale nie mogę”, „on je, żeby nam zrobić przyjemność, ale nie sobie”).
- Brak zrozumienia ze strony lekarzy („nikt ze mną nie rozmawiał o tym, musimy sami sobie z tym radzić, nikt się na tym nie zna”).
- Wypieranie problemu („staram się o tym nie myśleć”, „wiem, co się dzieje i w jakim kierunku to wszystko idzie, oni nic nie mogą z tym zrobić, to i ja nie mogę”).

Orreval i wsp. (16) badali opinie chorych odżywianych pozajelitowo w warunkach domowych (ang. *Home Parenteral Nutrition* – HPN). Niezależnie od niedogodności i uzyskiwanych rezultatów metabolicznych, chorzy pozytywnie oceniali ten sposób leczenia. Pacjenci i ich rodziny opisywali swoją sytuację żywieniową przed rozpoczęciem HPN jako źródło trosk, a często rozpacz. Wskazywano na brak zainteresowania problemami żywienia przez personel szpitala.

Wyniszczenie jako zespół zaburzeń metabolicznych

Rozpoznanie wyniszczenia nowotworowego zazwyczaj opiera się na stwierdzeniu u chorego na nowotwór złośliwy utraty ponad 5% masy ciała w ciągu 12 miesięcy oraz współistnieniu co najmniej 3 z pięciu objawów: obniżenie siły mięśniowej, znużenie, anoreksja, niski wskaźnik beztłuszczowej masy ciała, zmiany biochemiczne: podwyższone markery zapalenia CRP > 5,0 mg/l, IL-6 > 4,0 pg/ml, anemia (hemoglobina < 12 g/l, niski poziom albumin w surowicy < 3,2 g/l (17).

Medycyna nie dysponuje obecnie skutecznym leczeniem wyniszczenia nowotworowego. Poprawę apetytu można uzyskiwać podawaniem progestagenów (octan

megestrol lub merdoksyprogesteren) lub kortykosteroidów. Leki te nie wpływają jednak na przyrost beztłuszczowej masy ciała ani na długość życia pacjentów. Nie udaje się też wykazać poprawy jakości życia (18).

Stosowanych jest szereg leków ukierunkowanych na poznane mechanizmy powstawania kacheksji (leki przeciwzapalne, przeciwciała antycytokinowe, leki anaboliczne).

Skuteczność n-3 kwasów tłuszczowych, kanabinoidów, bortezomibu, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, ghreliny okazała się mniejsza niż mogłoby to wynikać z założeń teoretycznych. Obecnie intensywnie badana jest skuteczność talidomidu, insuliny, olanzapiny, rozgałęzionych aminokwasów.

Wiele kontrowersji budzi stosowanie leczenia żywieniowego, a przede wszystkim, intensywnego żywienia z wykorzystaniem sztucznych dróg podawania odżywek (dojelitowe i pozajelitowe). Nie wykazano, by interwencje żywieniowe mogły powstrzymać proces wyniszczenia. Nie wykazano jednoznacznie pozytywnego wpływu na jakość życia pacjentów. Brany pod uwagę jest także fakt potencjalnego wpływu żywienia na przyspieszenie przyrostu masy guza. Jako praktyczną konkluzję dotyczącą możliwości uzyskania korzyści z żywienia pozajelitowego można za zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego (ESPEN), że u umiarkowanych nie uzyskuje się korzyści, w terminalnej fazie choroby nowotworowej prawdopodobnie poprawa komfortu, w zaawansowanej chorobie – możliwe przedłużenie życia, u chorych z niedrożnością jelit przedłużenie życia i poprawę jakości (18, 19).

Mając na uwadze wszystkie dostępne wyniki badań, należy przyjąć, że żaden z badanych środków nie jest w pełni skuteczny w leczeniu wyniszczenia. Należy oczekiwać, że najlepsze rezultaty można będzie osiągać, kojarząc różne leki z leczeniem żywieniowym. Słuszność takiego podejścia potwierdzają prace Mantvaniego, który w wieloletnim badaniu obejmującym 5 różnych sposobów leczenia wykazał, że najmniej skuteczna jest terapia jednolekowa, a pozytywne rezultaty uzyskuje się leczeniem skojarzonym. W przypadku tego badania było to skojarzenie interwencji żywieniowych z podawaniem progestagenów, L-karnityny i talidomidu, a poprawa obejmowała przyrost masy mięśniowej, wskaźników zapalenia, uczucia znużenia (21).

Leczenie bólów nowotworowych

Leczenie przeciwbólowe jest jednym z najlepiej opracowanych zagadnień leczenia objawowego. Ból i związane z nim cierpienie zawsze „wpisywały się” w obraz choroby nowotworowej – budziły lęk i grozę, a chorym uniemożliwiały funkcjonowanie, odbierały motywację i siły do zmagania się z chorobą.

Ból jest jednym z najczęściej stwierdzanych objawów na różnych etapach choroby nowotworowej. Największym problemem są uporczywe bóle odczuwane przez chorych w zaawansowanych stadiach choroby. Ten ro-

dziej bólów tradycyjnie określany jest terminem „ból nowotworowy”. **Bóle nowotworowe dotyczą 50-75%, a w przypadku wystąpienia przerzutów do kości – blisko 100% chorych.** Oceniając dalej skalę zjawiska, można obliczyć, że każdego roku w Polsce leczenia przeciwbólowego wymaga 50 000-64 000 nowych chorych na nowotwory, a zjawisko dotyczy stale 0,5% populacji naszego kraju, tj. ok. 200 000 osób (22).

Dane epidemiologiczne oraz aspekt jakościowy bólu nakładają na lekarzy obowiązek leczenia. Obowiązek ten w zaleceniach Polskiej Unii Onkologii (23) został sformułowany następująco: „każdy chory na nowotwór ma prawo oczekiwać i domagać się, aby bóle towarzyszące jego chorobie były starannie leczone i aby jego problemy związane ze zmaganiem się z chorobą spotykały się ze zrozumieniem ze strony najbliższych, pracowników medycznych i całego społeczeństwa”. Dostępne metody leczenia umożliwiają satysfakcjonujące zniesienie bólu u blisko 90% chorych. Pozostali, nawet pomimo braku skuteczności, również mogą odnosić korzyści w postaci zwiększenia satysfakcji z leczenia.

Współczesne zasady leczenia bólów nowotworowych bazują na schemacie opublikowanym w 1986 roku jako instrukcja Światowej Organizacji Zdrowia pt. „Cancer Pain Relief” (2). Schemat ten powstał na zasadzie uzgodnień ekspertów.

Istota schematu opiera się na kilku prostych zasadach. Pierwszą jest staranne ustalanie rozpoznania „bólowego”. Rozpoznanie powinno uwzględniać pomiar natężenia bólu i określać bezpośrednią przyczynę dolegliwości (etiologia), mechanizm powstawania bólu (ból receptorowy czy neuropatyczny), czynniki nasilające lub łagodzące ból oraz objawy towarzyszące. Taki schemat ustalania rozpoznania przeniesiony został do leczenia także innych objawów (nudności/wymioty, duszność, zaburzenia psychiczne itp.). Obecnie, chociaż w rozszerzonych formach, stanowi podstawę leczenia objawowego w medycynie paliatywnej.

Leki przeciwbólowe podzielono na 3 grupy: analgetyki nieopiodowe, słabe opioidy, silne opioidy, przypisując każdej z kolejnych grup większy potencjał analgetyczny. W ten sposób powstały 3 kolejne stopnie – „drabiny analgetycznej” i zasada: podawaj leki silniejsze, kiedy słabsze przestają być skuteczne, tj. ból nie ustępuje lub narasta.

Kolejną zasadą było stałe podawanie leków w przypadku stałych bólów po to, by stałe utrzymać stężenie analgetyczne i nie dopuścić do nasilania się dolegliwości. Stały ból wymaga stałego leczenia. Zasadę tę przeciwstawiono obowiązującej wcześniej praktyce podawania leków dopiero w momencie, kiedy ból staje się bardzo silny i chory domaga się leku przeciwbólowego – „w razie bólu”. Nowa zasada skrótkowo nazywana była „według zegara”. Dostępne wówczas preparaty opiodowe działały nie dłużej niż 4-6 godzin i musiały być podawane w takich odstępach czasu. Zasada regularnego podawania leków stała się impulsem dla firm farmaceutycznych, które przygotowały

nowe postaci analgetyków opiodowych. Tabletki uwalniające morfinę przez 12 lub nawet 24 godziny (podobnie dihydrokodeina, tramadol, oksykodon), plastry z fentanylem działające 72 godziny znacząco ułatwiły leczenie i poprawiły jego skuteczność (22).

Stałe utrzymywanie poziomu terapeutycznego leków opiodowych ujawniło także, dotychczas niezauważane zjawiska, np. występowanie tzw. „bólów przebijających”.

Bóle przebijające

U większości chorych leczonych regularnie podawanymi opiodami z powodu utrwalonego bólu pojawiają się napady bólu ostrego istotnie zakłócające możliwości funkcjonowania i jakość życia. Bóle te opisywane wcześniej różnymi nazwami przyjęto nazywać bólami „przebijającymi” (24). Bóle przebijające są zjawiskiem niejednorodnym, co do przyczyny, charakteru i cech klinicznych. Bóle mogą pojawiać się samoistnie (ból idiopatyczny, „właściwe”, epizodyczne) lub być wywołane różnymi czynnikami (ból incydentalne, wywołane). Wspólną cechą jest nagły początek, znaczne nasilenie i samoistne występowanie po stosunkowo krótkim czasie. Występowanie bólów przebijających zmusza do uzupełnienia leczenia podstawowego o dodatkowe, podawane w razie wystąpienia bólu, dawki analgetyku – tzw. „dawki ratunkowe”. Lek ratunkowy powinien cechować się bardzo szybkim początkiem i stosunkowo krótkim czasem działania. Cechy takie wykazują preparaty fentanilu podawanego przezsłuzówkowo (tabletki podjęzykowe, spray donosowy, tabletki podjęzykowe).

Racjonalizacja leczenia przeciwbólowego, zapoczątkowana zaleceniami WHO, pozwoliła na uzyskiwanie coraz lepszych wyników. Medycyna paliatywna, jako nauka medyczna przyczyniła się do zrewidowania błędnych opinii dotyczących leków opiodowych. Niestety, jak wskazuje praktyka, możliwości te nie są w pełni wykorzystywane dla dobra chorych. Deandrea S i wsp. (2008) na podstawie przeglądu 1115 pozycji piśmiennictwa z lat 1987-2007, że blisko połowa chorych z bólami nowotworami, w skali światowej, nie otrzymuje prawidłowego leczenia przeciwbólowego. Odsetki leczonych nieprawidłowo wynosiły w USA (25%), w Europie (63%), Azji (78%). Wykazano, że gorzej leczeni są chorzy będący w lepszym stanie ogólnym i we wcześniejszych stadiach choroby nowotworowej (25).

Z całą pewnością, winę za taki stan rzeczy ponoszą onkolodzy, którzy nie przykładają dostatecznej uwagi do jakości życia swoich pacjentów, a często nie znają zasad leczenia przeciwbólowego i w leczeniu kierują się przesadami (tzw. „opiodofobia”). Jak komentuje to Janjan: „Nie można akceptować sytuacji, że lekarze w pogoni za nowościami lekceważą leczenie przeciwbólowe, które można uznać za etyczne sedno praktyki lekarskiej”.

W Polsce sporo dodatkowego zamieszania skutkującego ograniczeniem dostępności do leczenia po-

wodują nieracjonalne i niespójne przepisy dotyczące przepisywania leków opioidowych. Jedne preparaty wypisywane są na „zwykłych” receptach, przy wypisywaniu innych obowiązują specjalne restrykcje. Stigmatyzuje to najbardziej przydatne preparaty, a przez to ogranicza ich stosowanie.

ZAMIAST PODSUMOWANIA

Badanie opinii publicznej wykonane w 2009 roku wykazało, że Polacy niemal powszechnie z uznaniem wypowiadają się o opiece paliatywnej. Działalność hospicjów domowych popiera 94% badanych (67% w sposób zdecydowany), a stacjonarnych 96% (w tym

71% zdecydowanie). Niemal powszechnej akceptacji nie towarzyszy jednak wiedza i zrozumienie filozofii medycyny paliatywnej. Co czwarty respondent (24%) w ogóle nie orientuje się w tej problematyce, co trzeci (36%) wykazuje jedynie podstawowy zakres informacji, a nieco mniej osób (30%) ma przeciętną wiedzę w tej kwestii. Jedynie co dziesiąty ankietowany (10%) dobrze orientuje się w działalności hospicjów (26).

Wyniki badania wyraźnie wskazują na potrzebę publicznej dyskusji na temat opieki nad chorymi u schyłku życia, priorytetami medycznymi, poszanowaniem autonomii pacjentów. Medycyna paliatywna stanowi dobry punkt wyjścia do takiej debaty.

PIŚMIENNICTWO

1. Saunders C. Wstęp W: The Solid Facts. Palliative Care. Ed. Davies E, Higginson IJ. WHO 2004.
2. Drażkiewicz J, Jarosz J, Towpik E et al.: Development of hospice movement in Poland. III International Consensus on Supportive Care in Oncology. Brussel 1990; 76.
3. Drażkiewicz J (red.): W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce. Uniwersytet Warszawski, Instytut Socjologii, Warszawa 1989; 91-372.
4. Jarosz J, Symonides M: Modern Methods in Pain Treatment – Editorial. Nowotwory 1999; 49: S3.
5. Jarosz J, Hilgier M: Cancer pain treatment – the Warsaw model. The Pain Clinic 1996; 9: 357-359.
6. World Health Organization: National cancer control programs: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva 2002; 1: 17 www.who.int/cancer 1994.
7. Roy DJ, Rapin CH: Regarding euthanasia. European Journal of Palliative Care 1994.
8. Cherny NI, Catane R, Kosmidas and Members of ESMO Palliative Working Group. ESMO policy on supportive and palliative care. www.esmo.org/WorkingGroups/policySupportive.htm
9. www.esmo.org/patients/designated-centers-of-integrated-oncology-and-palliative-care.html
10. Palliative care in the European Union. European Parliament. Policy Department Economic and Scientific policy 2008.
11. Teunissen S, Wesker W, Kruitwagen C et al.: Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. J Pain Symptom Manage 2007; 34: 94-104.
12. Aktas A, Walsh D, Rybicki L: Symptom clusters and prognosis in advanced cancer. Support Care Cancer 2010; S3: 16-159.
13. Widder J, Glawish-Goshnik M: The concept of disease in palliative medicine. Med Health Care Philos 2002; 5: 191-97.
14. Reid J, McKenna H, Fitzsimons D et al.: The experience of cancer cachexia: A qualitative study of advanced cancer patients and their family members. Int J Nursing Studies 2009; 46: 606-615.
15. Orreval Y, Tishelman C, Herrington MK et al.: The path from oral nutrition to home paraenteral nutrition. qualitative interview study of experiences of advanced cancer patients and their families. Clinical Nutrition 2004; 23: 1280-7.
16. Roy DJ, Rapin CH: Regarding Euthanasia. European Journal of Palliative Care 1994; 1: 17.
17. Fearon KCH: Cancer cachexia: developing multimodal therapy for a multidimensional problem. European Journal of Cancer 2008; 44: 1124-32.
18. Leśniak W, Bała M, Jaeschke R et al.: Effects of megestrol acetate in patients with cancer anorexia-cachexia syndrome – a systematic review and metaanalysis. Pol Arch Med Wewn 2008; 118: 636-644.
19. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F et al.: ESPEN Guidelines on enteral nutrition: non surgical oncology. Clinical Nutrition 2006; 25: 245-259.
20. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K et al.: ESPEN Guidelines on parenteral nutrition: non-surgical oncology. Clinical Nutrition 2009; 28: 445-454.
21. Mantovanni G, Madeddu C, Maccio A et al.: Randomized phase III clinical trial of 5 different arms of treatment for patients with cancer cachexia. Palliative Medicine 2010; 24: S381.
22. Jarosz J, Hilgier M: Leczenie bólów nowotworowych. Wyd. Czelej. Lublin 1997.
23. Jarosz J, Hilgier M, Kaczmarek Z et al.: Leczenie bólów nowotworowych. [W:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych Krzakowski M (red.), Herman K, Jassem J et al.: Viamedica; Gdańsk 2009.
24. Portenoy R, Hagen N: Breakthrough pain: definition prevalence and characteristics. Pain 1990; 41: 273-281.
25. Deandrea S, Apolone G, Moja L et al.: Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. Annals of Oncology 2008; 19: 1985-1991.
26. www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/

otrzymano/received: 21.12.2010
zaakceptowano/accepted: 10.01.2011

Adres/address:

*Jerzy Jarosz
Kierownik Zakładu Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
tel.: (22) 546-22-87
e-mail: jarosz@coi.waw.pl