

ASPEKTY PALIATÍVNEJ LIEČBY V ONKOHEMATOLÓGII

Marta Fričová, Milena Surová

Klinika hematológie a onkohematológie, FN L. Pasteura, Košice

Príspevok sa venuje problematike paliatívnej medicíny v onkohematológii. Pacienti s onkohematologickými malignitami vyžadujú špecifickú liečbu – dôraz na: substitučnú liečbu, ošetrovanie slizníc, antiinfekčnú liečbu, paliatívnu chemoterapiu a psychologické problémy. **Kľúčové slová:** paliatívna liečba, substitučná liečba a antiinfekčná liečba.

THE ASPECTS OF PALLIATIVE CARE IN ONCOHEMATOLOGY

This article is target to the main problems of palliative care in oncohematology. The patients with oncohematologic malignancies need special treatment – focused to substitution therapy, antibacterial and antimycotic treatment, palliative chemotherapy and prevention but also the treatment of musositis.

Key words: palliative care, substitution therapy and antiinfection therapy.

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (2): 88–90

Paliatívna liečba v podmienkach SR sa v súčasnosti vykonáva prevažne na jednotlivých oddeleniach v rámci odborov onkológie, detskej onkológie, onkohematológie, intenzívnej medicíny a i. 19. 06. 2006 vydalo MZ SR koncepciu samostatného medicínskeho odboru Paliatívna medicína, zákon 576/2004 a 350/2005.

Pacienti s nevyliciteľným, progredujúcim ochorením a zomierajúci pacienti sa stali záťažou pre nemocnice aj ošetrojúci personál, nakoľko tieto zariadenia nie sú na paliatívnu starostlivosť vybavení personálne, ani materiálne.

Zomierajúcim pacientom sa neposkytuje adekvátne symptomatická liečba (1). Zakladateľkou 1. hospicu v Európe bola anglická lekárka Cicely M. Saundersová v roku 1967. Bola priekopníčkou koncepcie „celkovej bolesti nevyliciteľne chorého a zomierajúceho“. Celková bolesť má rozmer somatický, psychický, sociálny a duchovný (1). Prvé oddelenie paliatívnej medicíny vzniklo v r. 1973 vo Fakultnej nemocnici a založil ho onkológ Balfour Mount v Montreali (1). V roku 1987 vznikla vo Veľkej Británii koncepcia samostatného špecializačného odboru – paliatívna medicína. V ro-

ku 1988 bola založená Európska asociácia paliatívnej starostlivosti (*European Association for Palliative Care*). V roku 1989 prijalo WHO stanovisko expertov k integrácii paliatívnej starostlivosti do onkologickej starostlivosti. V roku 1998 bola vydaná *Poznanská deklarácia paliatívnej starostlivosti vo východnej Európe*. V roku 2003 vzniklo *Odporúčanie Rady ministrov Rady Európy pre členské štáty*: „Paliatívna starostlivosť nie je zameraná na špecifické ochorenia. Zahŕňa čas od diagnózy pokročilého ochorenia až po koniec trúchlenia pozostalých“. „Nie je synonymom terminálnej starostlivosti, ale ju zahŕňa“. (1)

Definícia náplne odboru, vymedzenie činnosti

Paliatívna medicína je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou nevyliciteľnou pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežitím.

Cieľ paliatívnej medicíny: Udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti (1)

Paliatívna starostlivosť zlepšuje kvalitu života tak, že **včas** identifikuje a lieči bolesť, fyzické, psychické, sociálne a duchovné problémy a tým zmiernuje utrpenie (WHO 2002). Zahŕňa:

- lekársku starostlivosť,
- ošetrovateľskú starostlivosť,
- rehabilitáciu,
- psychologickú/psychiatrickú starostlivosť,
- duchovnú starostlivosť,
- sociálne poradenstvo a u detí aj pedagogickú starostlivosť.

Úlohy paliatívnej starostlivosti:

- zlepšiť kvalitu života až do smrti,
- poskytnúť úľavu od bolesti a iných symptómov ochorenia,

- zmierniť utrpenie a stabilizovať stav pacienta,
- NEURÝCHLOVAŤ ANI NEODĎALOVAŤ SMRŤ.

Terminálna starostlivosť

Je súčasťou paliatívnej starostlivosti a tvorí ju starostlivosť o zomierajúceho pacienta; tu plnia dôležitú úlohu hospice a dobrovoľníci (1). Paliatívna starostlivosť sa poskytuje:

- ambulantne,
- ústavne na lôžku.

Ambulantná paliatívna starostlivosť

- Ambulancie paliatívnej medicíny,
- stacionárne paliatívnej medicíny,
- mobilný hospic (8).

Ústavná paliatívna starostlivosť

- Hospice,
- oddelenia paliatívnej medicíny v nemocniciach,
- jednotky paliatívnej medicíny (1).

Indikácie paliatívnej liečby

Onkologicky chorý pacient s nevyliciteľným a aktívne progredujúcim ochorením s bolesťami rôzneho pôvodu:

- s dýchavicou a kašľom,
- s vracaním, hnačkami, obštipáciou,
- s opuchmi, ascitom a pleurálnym výpotkom s potrebou ich opak. evakuácie,
- s intrakraniálnou hypertenziou pacientom po RAT,
- pacientom s útlakom miechy,
- s patologickými fraktúrami pri MTS alebo systémové onkohematologické ochorenie,
- s indikáciou podania substitúcie TRF erytrocytov, trombocytov a krvnej plazmy,
- s dekubitmi,
- s akútnymi metabolickými poruchami – dehydratácia,

Schéma 1. Kooperujúci tím v rámci paliatívnej starostlivosti o pacienta.



- hyperkalcémia a hypokaliémia,
- s psychiatrickými poruchami ako depresie, zmatenost.

Neonkologickí pacienti – neurologické ochorenia, pľúcne, kardiologické, nefrologické a ďalšie interné ochorenia (1).

Špecifická paliatívnej liečby u onkohematologických pacientov

I. Liečba bolesti

Nie je ústredným problémom v onkohematológii. Dôležitá súčasť liečby u chorých s mnohopočetným myelómom. V prípade potreby preferujeme p. o. formu s pravidelným dávkovaním, nie podľa potreby! Najviac používané sú opioidy v náplášťovej forme.

II. Paliatívna chemoterapia (CHT) a rádioterapia (RAT)

Podávame monoterapiu alebo kombinácie, často v p.o. forme, ak predpokladáme chemosenzitivitu nádorových buniek.

Účelom je hlavne spomaliť progresiu a tým zmierniť príznaky ochorenia. Intenzita a dĺžka liečby musí byť volená tak, aby prednosti v symptomatickej liečbe prevažovali nad nežiaducimi účinkami chemoterapie (CHT). V prípade, že do 2 mesiacov CHT nevykazuje prínos, nepokračujeme (2).

III. Liečba všetkých somatických príznakov

V onkohematológii hlavne symptómy z anémie, leuko-/neutropénie, trombocytopenie:

- slabosť, únava, kardiálne komplikácie;
- horúčky, febrilná neutropénia, sepsa;
- infekcie: slizničné, pľúcne, močové, bakteriémie, mykotické, vírusové;
- hemoragické prejavy z trombocytopenie a trombocytopenie, poruchy koagulácie, DIC, fibrinolýza;
- špecifické terminálne komplikácie – poruchy vedomia, kardiálne zlyhanie, respiračné zlyhanie a multiorgánové zlyhanie.

Substitučná liečba krvnými derivátmi

Tvorí základ paliatívnej starostlivosti u onkohematologických chorých, okrem pacientov v terminálnom štádiu. Substitučnú hemoterapiu (erytrocyty, trombocyty, plazma) by mal zabezpečiť každý poskytovateľ paliatívnej starostlivosti (nielen onkohematologické pracoviská). Objem transfúzií jednotlivých erytrocytov sa riadi hodnotami Hb a nemal by klesnúť pod 100g/l u chorých s ICHS.

Trombocyty – substitúcia je indikovaná pri poklese Tr. pod $50 \times 10^9/l$ s prejavmi krvácania, alebo pod $10 \times 10^9/l$ aj bez prejavov krvácania (3).

Podávanie rastových faktorov (EPO, G – CSF) – len v súvislosti s chemoterapiou, na úpravu nežiaducich účinkov, krátkodobu.

Pri myelodysplastickom syndróme na zväznenie len v úvode paliatívnej liečby (max. 3 – 6 mesiacov, ak nie je efekt, vysadiť). Pri MDS len typy s nízkym a stredným rizikom I (RA, RCMD).

Liečba infekčných komplikácií

Podľa zásad všeobecne platných pre antiinfekčnú liečbu v onkohematológii. Podávame baktericídne širokospektrálne ATB i.v.:

- empirická** – pri ťažkej neutropénii s klinickými a laboratórnymi známkami rozvíjajúceho sa SIRS (syndróm systémovej zápalovej odpovede, Systemic inflammatory response sy): CRP, koagulačné parametre, ASTRUP, laktát, biochemické parametre) (6).
Širokospektrálne baktericídne ATB:
 - potencované penicilíny, karbapenemy a monobaktámy,
 - cefalosporíny III. a IV. generácie,
 - aminoglykosidy, glycopeptídy,
 - zásadne i.v. vo vyšších dávkach;
- cielená** – podľa mikrobiologického nálezu z hemokultúry, spúta (event. bronchoalveol. laváže) z mikrobiologického vyšetrenia moču a stolice a z rán;
- antimykotická** – podľa lokalizácie infekcie:
 - pľúcne – najčastejšie aspergilózy, candidózy aj nonalbicans (fluconazol, vorikonazol, amphotericin a caspofungin),
 - slizničné – podľa nálezu z dutiny ústnej a stolice, najčastejšie candidy (Candida albicans, glabrata – Fluconazol, posakonazol, itraconazol);
- protivírusová** – hlavne u lymfoproliferatívnych ochorení – najčastejšie agens herpes I a II (acyklovir), EBV vírus, hepatitídy B a C.
Podpora imunodeficientných stavov i. v. imunoglobulínmi v substitučných dávkach 1 x za 14 – 28 dní, pri sepe 2 – 3 dni po sebe do poklesu horúčky, u chorých s neutropéniou ťažkého stupňa aj G-CSF (rastový faktor granulocytov-neupogen) (4).

Liečba porúch zrážanlivosti krvi

Trombopropylaxia – v závislosti na závažnosti stavu (Karnofsky nad 40 alebo WHO) (0 – 3). Liečba trombózy – najvhodnejší LMWH (najmenšie riziko krvácajúcich komplikácií), podľa zväznenia aj kumarínové preparáty (5).

Hypokoagulačné stavy: sú 6 x častejšie u pacientov s onkologickým ochorením. Príčiny: poruchy primárnej hemostázy (trombocytopenia a trombocytopenia), poliekové hypokoagulačné stavy, DIC – disseminovaná intravaskulárna koagulopatia, primárna hyperfibrinolýza, mikroangiopatické hemolytické sy.

(MAHA), cirkulujúce inhibítory koagulácie (APS – antifosfolipidový syndróm, LA-lupus antikoagulas), lokálne krvácanie pre porušenie cievy nádorom.

Liečba

- Substitúcia trombocytmi,
- substitúcia plazmy,
- DIC – podľa štádia závažnosti – nízkomolekulové heparíny a substitúcia krvnou, plazmou, antitrombín. Liečba inhibítorov a LA (kortikoidy, heparíny);
- MAHA – plazmaferéza, kortikoidy, substitúcia znížených faktorov a heparíny.

Symptomatická liečba

Dicynone (etamsylatum), Pamba (acidum aminometylbenzoicum), Remestyp (terlipressin), Exacyl (acidum tranexanicum). Dávky Dicynone 3 – 4 x 2 amp a 250 mg, Pamba 2 x – 4 x 250 mg i. v., Exacyl tbl. á 500 mg, 4 – 8 tbl./die p.o., Remestyp – 250 mg – 1 000 mg – postupne pomaly i.v. (2).

Poruchy metabolizmu

- Hyperkalcémia** – spája sa často s veľmi pokročilým stupňom ochorenia – hydratácia, forsírovaná diuréza, úhrada kálie, bifosfonáty a kortikoidy.
- Dehydratácia** – i.v. náhrada tekutín pri nemožnosti p.o. príjmu, prísne sledovanie príjmu a výdaja, event. meranie CVT (centrálny venózný tlak).
- Anorexia, podvýživa, kachexia** – preferujeme p. o. príjem – nutričné prípravky (Ensure, Prosure, Nutridrink) i.v. forma Oligo-kinomel alebo iné nutričné prípravky na i.v. podávanie podľa stavu chorého a stavu vnútorných orgánov (pečeň, obličky).
- Nauzea, zvracanie** – p. o. alebo i. v. antiemetiká – setróny 1. a 2. generácie: metoclopramid, torean, kortikoidy, antacidá, blokátory H2 receptorov.
- Hnačky** – toxická gastroenterokolitída alebo neutropenická enterokolitída – ATB podľa mikrobiálneho osídlenia v GIT, antimykotiká, entizol a octreotid. Symptomatická – probiotiká, Smecta, Reasec (diphenoxylat hydrochloricum + atropini sulphas).
- Zápcha** – laxanciá a zmäkčovadlá podľa tolerancie pacienta, na lôžku Lactulosa 1 – 3 x denne 1 lyžica, úprava diéty, hydratácia, pohyb a klyzma podľa potreby (6)

Ošetrovanie slizníc

Dutina ústna: zvýšená hygiena, mäkká kefka, výplachy, zvlhčovanie – roztoky šalvie, repíka, chlorhexydín, event. cmúľanie ľadu. **Žuvačky bez cukru!!!** – napomáhajú vylučovaniu slín.

Pri aftóznej mukostitíde ťažkého stupňa antimykotiká, entizol, ATB podľa mikrobiologického nálezu z dutiny ústnej a rastové faktory G-CSF. Zväziť prechodne parenterálnu výživu, analgetiká a lokálne anestetiká.

Febrility (nielen z infekcie, aj zo základného ochorenia) – nesteroidné antiflogistiká (ibuprofen, indometacin) paracetamol, analgetiká s antipyretickým účinkom (novalgin = metamizolum, algifen = metamizolum + pitofenon), hydrocortison, Naproxall (naproxenum) – aj v čapíkoch, zábaly, hydratácia schladenými infúziami (7).

Psychické problémy: depresie, anxiózne stavy a nespavosť. Sprevádzajú chorého v onkohematológii od začiatku diagnózy a liečby. Závažnosť stavu musí posúdiť psychiater. Je to veľmi významná súčasť celkovej liečby, niekedy sa na ňu zabúda – výrazne ovplyvňuje kvalitu života a často aj výsledky kauzálnej a paliatívnej liečby (9).

Problematike chorých v **terminálnom štádiu** je potrebné venovať samostatnú časť publikácie.

Problematika paliatívnej medicíny sa v súčasnosti stáva veľmi naliehavou. Je potrebné vytvoriť oddelenia paliatívnej medicíny pre hematookologických pacientov, aby všetci, ktorí potrebujú túto liečbu, ju mohli dostávať na primeranej úrovni.

Literatúra

1. MZ SR: Slovenská spoločnosť pre štúdiu a liečbu bolesti. Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. Číslo17463/OZS, dňa 19.06.2006, §45ods. 1 písmeno a) zákona č.576/2004.
2. Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y a kol. Paliatívni medicína. Grada Publishing, a.s., 2004.
3. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J et al. Paliatívni medicína pro praxi. Galén, Praha 2007.
4. Krčméry V a kol. Manuál antimikróbnej chemoterapie. Osveta, Martin 2007.
5. Kierner KA, Cartner V, Schwarz M, Watzke HH. Use of thromboprophylaxis in palliative care patients: a survey among experts in palliative care, oncology, intensive care, and anticoagulation. Am J hosp palliat Care. 2008 Apr – May; 25 (2): 127–31, Epub 2008 Jan 15.
6. Križanová K. Zásady paliatívnej liečby v onkológii. Onkológia, 2006; 1, (3), 193–197.
7. Cetkovský P et al. Intenzívni péče v hematologii. Galén, Praha, 2004.
8. Judith S. Kaur, MD. Palliative Care and Hospice Programs. Mayo Clin Proc.2000; 75, 181–184.
9. Hatoková M. Psychologické aspekty starostlivosti o ťažko chorého a zomierajúceho. Onkológia, 2007; 2, 112–115.



MUDr. Marta Fričová

Klinika hematológie a onkohematológie, FN L. Pasteura, Košice
Rastislavova 43, 041 90 Košice
e-mail: fricova.marta@post.sk