

KOMPLEXNÁ PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ O PACIENTKY S POKROČILOU RAKOVINOU KRČKA MATERNICE

Oľga Sadovská

Oddelenie paliatívnej starostlivosti, Interná klinika, Národný onkologický ústav, Bratislava

Paliatívna liečba sa zameriava na odstránenie alebo aspoň zmiernenie obťažujúcich príznakov pokročilej rakoviny krčka maternice. Nezniesiteľné bolesti a ďalšie zahanbujúce príznaky (lymfedém, rektovaginálne či vezikovaginálne fistuly, inkontinencia, zapáchajúci výtok, potreba nefrostomií, kolostómie) zhoršujú výkonnosť a vedú k depresii, utrpeniu, beznádeji a sociálnej izolácii pacientky.

Intenzívna bolesť vyžaduje liečbu kombináciou neopiátových analgetík (nesteroidné antireumatiká) a silných opiátov (morfín, oxykodón, hydromorfón, fentanyl, buprenorfín). Neuropatická bolesť zle zaberá na opiáty, preto sa pridávajú adjuvantné lieky (antikonvulzíva, antidepressíva, ketamín, kortikoidy, benzodiazepíny), zvažujú sa možnosti doplnenia paliatívnej radioterapie, niekedy sú nevyhnutné invazívne prístupy (spinálna analgéza, neurolytické blokády). Akútnu renálnu insuficienciu pri obštrukcii ureterov riešime zavedením nefrostómie, uretrálny stent možno zvážiť neskôr. Možnosti paliatívnej liečby pri lymfedéme zahŕňujú bandážovanie, kompresívne pančuchy, masáže, lymfodrenáže, cvičenie, polohovanie, ošetrovanie kože, kortikoidy. Malé vezikovaginálne fistuly sa výnimočne zhoja spontánne, deriváciu moču možno dosiahnuť operačne (ileálny conduit), zavedené nefrostómie pri progredujúcom ochorení so stázou v obličkách tiež vedú k vymiznutiu príznakov. Jedinou možnosťou riešenia rektovaginálnej fistuly pri progredujúcom ochorení je kolostómia. Symptomatická liečba inoperabilného ileózneho stavu spočíva v podávaní haloperidolu, morfínu a butylskopolamínu.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, rakovina krčka maternice, bolesť, lymfedém.

COMPLEX PALLIATIVE CARE OF PATIENTS WITH ADVANCED CERVIX CANCER

Palliative care in advanced cervical cancer focuses on treatment or alleviation of distressing symptoms of disease progression. Severe pain and other embarrassing symptoms (lymphoedema, rectovaginal and vesicovaginal fistulas, incontinence, smelling discharge, stomas) interfere with normal functioning and lead to depression, suffering, hopelessness and social isolation of these patients. Pain management includes non opioids (mainly non steroidal antiinflammatory drugs) and opioids (morphin, oxycodon, fentanyl, buprenorphin). As neuropathic pain is less responsive to opioids, adjuvant drugs (anticonvulsants, antidepressants, ketamine, benzodiazepins, corticosteroids) are needed. Radiotherapy should be considered. Sometimes invasive approaches (spinal analgesia, nerve blocks) are necessary. Acute renal failure due to ureteric obstruction is treated by percutaneous placement of nephrostomy, indwelling ureteric stent can be considered later. Palliative options of lymphoedema treatment include skin care, massage, compression bandaging, exercise. Drug treatment except corticosteroids is of limited value. Small vesicovaginal urinary fistula can heal spontaneously, urinary diversion can be achieved by surgery (ileal conduit), in extensive pelvic disease leading to urinary obstruction placement of unilateral or bilateral nephrostomy will relieve symptoms. The only treatment option of rectovaginal fistula is surgery – colostomy. Relief of symptoms of malignant bowel obstruction can be achieved by combination of morphin, haloperidol and hyoscin.

Key words: palliative care, cervical cancer, pain, lymfoedema.

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (1): 30–33

Úvod

Pacientky s pokročilým karcinómom krčka maternice tvoria významnú proporciu pacientov paliatívnych oddelení. Hoci rakovina krčka maternice je najpreventabilnejšou malignitou (známy hlavný etiologický faktor, niekoľkoročný vývoj ochorenia cez štádiá, ktoré sú skrúpním jednoducho detekovateľné a účinne liečiteľné), počet ročne zachytených pokročilých štádií ochorenia neklesá a ročne 220 slovenských žien na rakovinu krčka maternice zomrie. Progredujúce ochorenie je charakterizované množstvom obťažujúcich a zahanbujúcich príznakov, vyžadujúcich paliáciu. Pacientky sú zväčša mladé, často s malými deťmi a chýbajúcim sociálnym zázemím. Nezniesiteľné bolesti a ďalšie symptómy obmedzujú ich výkonnosť, pohyblivosť a sociálne fungovanie, vedú k depresii, beznádeji a sociálnej izolácii. Zlá terapeutická ovplyvniteľnosť symptómov pokročilého ochorenia je zdrojom frustrácie lekárov i pacientok.

Bolesť

Bolesť je často prvým príznakom pelvickej progresie. Keďže k nej môžu prispievať aj následky predchádzajúcej liečby, niekedy ťažko rozlíšiť, či je príčina v nich alebo v progresii ochorenia. Ak sa však bolesť automaticky pripisuje následkom liečby alebo nadstavbe pacientky a nelieči sa, prehlbuje sa depresia pacientky. Pri depresii je vnímanie bolesti zvýšené a tak sa uzatvára bludný kruh násobenia bolesti. Pacientka, ktorá má pocit, že jej neveria, hľadá pomoc inde a prechodne sa stratí zo sledovania.

Zdroje bolesti

Pri progresii ochorenia môžu bolesť spôsobovať infiltrácie, distenzie a spazmy orgánov, infiltrácie mäkkých tkanív a kostí, spazmy kostrového svalstva, mechanické napínanie orgánových puzdier a fascií, kompresia a infiltrácia ciev, lymfedémy, kompresia, infiltrácia a ischemizácia nervov a nervových plexov.

Z následkov operačnej liečby môžu viesť k bolestiam adhézie či peroperačné lézie nervov, podaná chemoterapia môže mať neurotoxické účinky, radioterapia môže spôsobiť postradiačné fibrózy, adhézie či neuropatie.

Typy bolesti

Pacientka môže mať somatickú, viscerálnu aj neuropatickú bolesť. Každá z nich bolí inak.. Intenzita bolesti nie je priamo úmerná rozsahu choroby – aj malá recidíva v blízkosti nervových plexov môže spôsobovať veľké bolesti. Pri postihnutí orgánov a blízko uložených rôznych štruktúr v panve sa viaceré typy bolesti prekrývajú a pacientkam sa zle popisujú a lokalizujú.

Somatická bolesť je pri postihnutí svalových a osseálnych štruktúr. Bolesti z infiltrácie svalov sú tupé, dlhotrvajúce, nezávisia od pohybov a zhoršujú sa tlakom pri sedení. Bolesti z prerastania do kos-

tí sú tupé, ale lepšie lokalizovateľné, spočiatku sú provokované iba záťažou, neskôr sú trvalé a veľmi intenzívne.

Viscerálna bolesť je v dôsledku spazmu, infiltrácie či distenzie orgánov, ischémie, ťahu alebo kompresie mezenteria. Je tupá, difúzna a zle lokalizovateľná, pacientka ju pociťuje hlboko v panve, na rozsahu väčšom ako postihnutý orgán. V dôsledku konvergencie aferentných vlákien z panvových orgánov na úrovni nervových plexov a miechy sa bolestivé príznaky z orgánov prekrývajú a origo bolesti v jednom orgáne môže imponovať ako bolesť iného orgánu. Viscerálna bolesť môže byť **prenesená** – projičuje sa do kože, podkožia a svalov (Headove zóny), vtedy „bolí“ na povrchu. V mieste prenesenej bolesti sa zvyčajne vyvíja aj **sekundárna hyperalgézia**. Viscerálnu bolesť často sprevádzajú **kontraktúry kostrového svalstva** (najmä paravertebrálneho) a **vegetatívne reakcie** (tachykardia, vzostup krvného tlaku, potenie). Viscerálna bolesť môže **vyžarovať** do podbruška, perinea, stehien.

Neuropatická bolesť vzniká pri kompresii alebo lézii nervových štruktúr. Podstatou zvýšeného vnímania a udržiavania bolesti pri nej je komplex zmien v procese prenosu nociceptívnych informácií. Zmeny zahŕňujú zvýšenie tvorby nociceptívnych impulzov v mieste poškodenia nervu (hyperexcitabilita, patologická spontánna aktivita) aj zosilnenie a udržiavanie nociceptívnych impulzov pri prenose (elektrofyziológické a metabolické zmeny v zadných rohoch miechy s aktiváciou tzv. NMDA receptorov). Neuropatická bolesť býva veľmi silná, páľivá, bodavá, náhle vystrelujúca, je spojená s **poruchami citlivosti** (hyperalgézia, allodýnia, dysestézia) a **dysfunkciou sympatiku** (vazodilatácia, zmeny trofiky kože, zvýšenie teploty kože, zmena charakteru potenia).

Lokalizácia bolesti

Centrálna hypogastrická bolesť je tupá, difúzna, v hĺbke, vyžarujúca často do perinea. Býva pri naliehaní alebo tumoróznej infiltrácii močového mechúra, rekta alebo uteru. Pri spazme svalstva panvového dna je veľmi silná – až na „na zošalenie“ bodavá, pichavá alebo trhavá bolesť hlboko v panve. Zhoršovanie **ťahavej** bolesti hlboko v panve pri státi a chôdzi svedčí pre rozsiahlejšie a hlbšie recidívy s adhérenciou k myofasciálnym štruktúram.

Infiltrácia m. psoas sa prejaví **fixovanou flexiou dolnej končatiny**, zhoršovaním bolesti pokusom o vyrovnanie dolnej končatiny a typickou chôdzou v predklone. Bolesti a poruchy citlivosti sú zvyčajne v podbrušku, na prednej strane stehien, mediálnej strane stehien i predkolení (**lézia koreňov L1-4**), motorické poruchy zahŕňujú léziu musculus quadriceps (**nevie vstať z nižšieho sedu**). Pri progresii

nádorovej infiltrácie distálnejšie dochádza k lézii **L5-S1 a dolnej lumbosakrálnej plexopatii**. Vtedy sú **neuropatické** bolesti a poruchy citlivosti na perineu, gluteálnych svaloch, zadnej strane stehien. Motorické poruchy zahŕňujú slabosť m. ileopsoas (**nevie vleže zdvihnúť DK, nevie sa posadiť pri fixovaných DK**). Pri prerastaní do sakra sa pridružujú príznaky lézie **S2-5** – silná páľivá bolesť na perineu, vyžarujúca do gluteálnych svalov a po zadnej strane stehien, veľmi **bolestivá defekácia, bolesti pri sedení**). Pri postihnutí nervových plexov sú **aj poruchy vegetatívneho nervstva** – edémy končatín, zmena teploty alebo charakteru potenia (napr. tzv. syndróm suchej a horúcej nohy pri iniciálnej dysfunkcii sympatiku). (6)

Liečba bolesti

Analgetiká, adekvátne intenzite bolesti, sa podávajú v pravidelných intervaloch a vyberajú sa podľa trojstupňového analgetického rebríka. Prvý stupeň sú neopiátové analgetiká, druhý a tretí stupeň sú opiáty.

Neopiátové analgetiká. Výborný analgetický efekt majú **nesteroidné antireumatiká**, ktoré znižujú syntézu prostaglandínov inhibíciou enzýmu cyklooxygenáza 1 + 2. Analgetický účinok má zníženie syntézy „patologických“ tkanivových prostaglandínov (uvolňovaných pri zápale a bolesti) inhibíciou enzýmu cyklooxygenázy 2 (COX-2). Blokáda COX-1 zníži syntézu fyziologických „ochranných“ prostaglandínov a je zodpovedná za nežiaduce účinky antireumatik – hlavne gastrointestinálnu toxicitu a renálne poškodenie. U COX-2 preferenčných antireumatik (**nimesulid, meloxicam, nabumeton, celecoxib**) je riziko gastrointestinálnych komplikácií menšie, nie však celkom vylúčené. Na toxicitu nesteroidných antireumatik treba myslieť nielen pri bolestiach či krvácaní zo žalúdka, ale aj pri zhoršovaní renálnych parametrov. Pri riziku alebo intolerancii nesteroidných antireumatik možno podávať **paracetamol** (dostupný už aj v infúznej forme), **metamizol** (má aj spazmolytický efekt a potencuje účinok nesteroidných antireumatik a opioidov). Pridanie aj ďalších spasmolytík (**drotaverin, butylskopolamin**) ovplyvní hlavne viscerálnu bolesť.

Druhý a tretí stupeň – opioidy – sú pri bolestiach z progresie cervikálneho karcinómu indikované veľmi skoro. Podmienkou dobrej analgézie je aj prevencia a korekcia nežiaducich účinkov opioidov. Prechodnú iniciálnu sedáciu, somnolenciu, nauzeu či vomitus zvládneme psychoterapiou a podávaním antiemetik (metoclopramid, haloperidol) v prvé dni užívania opioidov. Obstipáciu treba ovplyvňovať po celý čas užívania opioidov **prokinetikami** (domperidon, itoprid) a hlavne miernymi **laxatívami** (laktulóza, MgSO₄, senný čaj, bisacodyl).

Slabé opioidy. Zo slabých opioidov je najlepšie tolerovaný a má aj najlepší analgetický účinok **tramadol**. **Dihydrokodeín** má viac nežiaducich účinkov (zvracanie, obstipácia) bez zvýšenia analgetického efektu.

Silné opioidy. **Morfín** je zlatý štandard a jeho rýchlo účinkujúcu formu užíva na prelomovú bolesť takmer každá pacientka. Dlho účinkujúci preparát morfínu môže byť výhodný, ak pacientka nemá poruchu pasáže alebo renálnu insuficienciu. **Oxykodon** zaberá z opioidov najlepšie na neuropatickú bolesť a tú má väčšina pacientok s pelvicou bolesťou. Transdermálne formy **fentanyl** a **buprenorfinu** sú výhodné pre ich jednoduchú aplikáciu, udržanie konštantnej hladiny lieku a menšie negatívne ovplyvnenie črevnej pasáže.

Hydromorfón je dostupný v perorálnej forme, ale vďaka novému systému uvoľňovania účinnej látky spája výhody perorálnej aj transdermálnej liečby (jednoduchá titrácia potrebnej dávky, stabilná plazmatická hladina).

Bolesť v panve má skoro vždy aj **neuropatickú komponentu**, ktorá zle zaberá na opioidy. Preto sa kombinujú s **adjuvantnými liekmi**, ktoré ovplyvňujú patologický prenos nociceptívnych informácií, prítomný pri neuropatickej bolesti. **Antikonvulzíva (carbamazepin, gabapentin, pregabalin)** znižujú patologický tok impulzov z miesta poškodenia nervu do zadných rohov miechy a ovplyvňujú tiež patologické spracovanie nociceptívnych impulzov v mieche. **Ketamín** je disociatívne anestetikum, ktoré pôsobí ako antagonistka tzv. NMDA receptorov. Tieto receptory v zadných rohoch miechy sú zodpovedné za patologické spracovanie impulzov o bolesti, teda za ich zosilnenie a pretrvávanie. Ketamín je dostupný iba v injekčnej forme. Pri neuropatickej bolesti sa podáva v subanestetických dávkach subkutánne či venózne. Možno ho dávať aj perorálne v dávke 10 – 50 mg každých 4 – 6 hodín. Nežiaduci psychotický účinok ketamínu (zmätenosť, delírium, živé sny, halucinácie) treba tmiť súčasným podávaním benzodiazepínov. Nie je vhodný u ťažkej hypertenzie či príznakoch intrakraniálnej hypertenzie. **Antidepresíva** ovplyvňujú nocicepciu prerušením bludného kruhu bolesti → depresia → zvýšené vnímanie bolesti. Ich analgetický účinok pri neuropatickej bolesti je spôsobený aktiváciou fyziologických inhibičných procesov, ktoré ovplyvňujú patologické spracovanie impulzov o bolesti v zadných rohoch miechy. Prejaví sa ešte pred uplatnením ich antidepresívneho účinku. **Anxiolytiká – benzodiazepíny** okrem odstránenia úzkosti, zhoršujúcej vnímanie bolesti, majú aj myorelaxačný účinok (**diazepam, tetrazepam**), sú teda vhodné pri svalových kontraktúrach a myofasciálnej bolesti. **Alprazolam** a **clonazepam** pôsobia aj analgeticky pri neuropatickej bolesti. Analgetický účinok **kortikoidov** pri neu-

ropatickej bolesti z kompresie nervov spočíva v tom, že svojim nešpecifickým protizápalovým účinkom zmiernia okolitý edém a tým sa zmenší útlak nervov. Rovnakým mechanizmom zmiernia bolesti z lymfedému zlepšením lymfatickej drenáže. Iničiálna dávka dexametazónu je zvyčajne 16 – 32 mg parenterálne, udržiavacia dávka 2 – 4 mg perorálne. Ak sa priaznivý efekt kortikoidov nedostaví do 10 – 14 dní, vysadíme ich. Vždy konzultujeme radioterapeuta ohľadom možnosti doplnenia **radioterapie**, lebo aj malé zmenšenie tumoróznej infiltrácie v blízkosti nervových plexov môže viesť k výraznému zlepšeniu bolesti. Niekedy možno patologický tok informácií o bolesti zablokovať len invazívne spinálnou analgérou alebo neurolytickými blokmi. (4)

Akútna renálna insuficiencia

Častou komplikáciou progredujúceho ochorenia je **obštrukcia ureterov** s následnou stázou v obličkách. Rozvoj renálnej insuficiencie môže byť potom neočakávaný a náhly.

Renálnu insuficienciu z obštrukcie ureterov riešime zavedením jednej alebo dvoch **nefrostómií** s ohľadom na prognózu pacientky a funkčný stav oboch obličiek. Toto **akútne riešenie** robíme v spolupráci s urológom. Zvyčajne vedie k normalizácii kreatinínu v priebehu pár dní. Výnimočne – pri obštrukcii v mechúre – môže pomôcť **permanentný kateter alebo epicystostomia**. Ak pacientka nesúhlasí s nefrostómiou alebo jej prognóza je príliš krátka, zmiernenie útlaku ureterov možno dosiahnuť podávaním **kortikoidov**.

Iné možnosti (dialýza, operácie) nepomôžu, oddialia definitívne riešenie alebo sú pri danom rozsahu ochorenia nerealizovateľné. Dialýza zlepši renálne parametre len dočasne, oddialením riešenia stázy sa zvyšuje pravdepodobnosť, že postihnutie funkčného parenchymu obličiek zo stázy bude ireverzibilné. Nefrektómia alebo pokus o deriváciu moču operačne (ureteroileostomia, ureteroileoanastomóza) zaťažia pacientku operačným výkonom, peroperačne sa spravidla zistí väčší ako predpokladaný rozsah postihnutia, pooperačný priebeh býva komplikovaný. Operované pacientky sa často stratia zo sledovania onkológa a objavja sa po 1 – 2 mesiacoch s bolesťami, lymfedémom, kachektické, ale s pretrvávajúcou renálnou insuficienciou, s nádorovou progresiou prípadne pooperačnými komplikáciami. Pokus o zavedenie **uretrálneho stentu** pri akútnej obštrukcii ureterov je zväčša neúspešný, možno ho však zvážiť neskôr pri priaznivom ovplyvnení choroby. (1)

Ak je renálna insuficiencia spôsobená prerenálne – dehydratáciou – pacientku hydratujeme. Ak je príčinou renálnej insuficiencie nefrotoxická podaná liečba (chemoterapie – cisplatina, nesteroidné anti-

reumatiká) či podanie kontrastnej látky pri CT vyšetrení dialýzu samozrejme možno zvážiť.

Intoxikácia opioidmi

Nadmerná kumulácia opioidov a ich metabolitov v organizme spôsobí intoxikáciu opioidmi. Intoxikácia je reverzibilná, treba však na ňu myslieť a včas rozpoznať jej príznaky. **Príznaky** zahŕňujú nauzeu, zvracanie, vystupňovanie obstipácie až paralytický ileus, halucinácie, somnolenciu až poruchy vedomia, bradyponoe, miózu, myoklony. **Pacientka nemá bolesti!** **Liečba** spočíva vo vysadení opioidov do objavenia sa bolesti, potom prechádzame na krátko účinkujúce preparáty, intervaly podávania predlžujeme. Súčasne sa snažíme korigovať vyvolávajúcu príčinu intoxikácie, ktorou je najčastejšie renálna insuficiencia.

Lymfedém

Lymfedém vzniká v dôsledku poruchy lymfatickej drenáže postoperačnými, postradiačnými a nádorovými zmenami. Porucha drenáže vedie k zmenám kože a podkožia so stratou elasticity, intersticiálnou fibrózou, suchosťou a hyperkeratózou kože. Na edéme sa navyše môže podieľať aj venózna obštrukcia, hypoproteinémia a obštrukčná uropatia. Lymfedém je zdrojom bolestí, recidivujúcich kožných infekcií (erysipel), má psychologické dôsledky (zmena telesného vzhľadu, neschopnosť normálneho obliekania a obúvania, zhoršenie pohyblivosti).

Terapeuticky ešte ovplyvniteľným znakom preťaženia lymfatického systému sú intermitentne sa objavujúce opuchy. Pri masívnom edéme, ktorý je prejavom konečného zlyhania lymfatickej drenáže, možno liečbou dosiahnuť len úľavu a zmiernenie obťažujúcich príznakov.

Cieľom paliatívnej liečby je zmiernenie bolesti, zachovanie funkčnosti a pohyblivosti, prevencia infekcií, progresie opuchu a lymforrhoe. Opatrenia zahŕňajú kompresiu (bandáže, kompresívne pančuchy), masáže, lymfodrenáž a cvičenia na zlepšenie lymfatickej drenáže, ošetrovanie kože. Bandážujú sa celé končatiny až po inguinu (pod elastický obvaz sa umiestňuje sterilné krytie na ochranu kože), bandáž sa ponecháva – ak to pacientka toleruje – aj v noci. Bandáže s rôznou silou kompresie sú indikované najmä pri extrémnom opuchu, pri fragilnej koži a lymforhe. Pri lymforhe chránime porušenú kožu Grisolindom a sterilným krytím. Po dosiahnutí ako-tak uspokojivej redukcie objemu končatiny bandážou možno prejsť na elastické pančuchy. Cvičenie a pohyb končatinou zabraňuje stuhnutosti kĺbov, svalovou pumpou napomáha zlepšovať lymfatickú drenáž, pomáha zachovať pohyblivosť. Pacientky však majú tendenciu udržiavať opuchnuté boľavé nohy pasívne, preto ich k cvičeniu treba opakovane podnecovať.

Medikamentózne ovplyvnenie lymfedému je málo účinné. Vysoké dávky **kortikoidov** môžu zmenšením edému zmierniť obštrukciu a zlepšiť lymfatickú drenáž, **diosmin** a **oxerutíny** pôsobia skôr na úrovni kapilár. Pri venózne obštrukcii sa pridáva **nízkomolekulárny heparín**. **Diuretiká** účinkujú mimikálne – nanajvýš zmiernia napätie kože, oslabia však pacientku dehydratáciou a elektrolytovou dysbalanciou (3).

Pri lymfedéme s prognózou pacientky kratšou ako dva mesiace je prioritou účinná analgéza a zabezpečenie komfortu polohovaním končatín vankúšmi.

Vezikovaginálna fistula

Vezikovaginálna fistula je pomerne častým a ťažko ovplyvniteľným príznakom. Výnimočne sa môže zhojiť aj spontánne, najmä ak je malá a podarí sa udržať deriváciu moču permanentným katetrom, epicystostomiou alebo nefrostómiami. Pri pretrvávajúcej fistule možno podľa stavu výkonnosti a najmä rozsahu ochorenia zvážiť operačné riešenie derivácie moču ileálnym conduitom. Nefrostomia ako spôsob derivácie moču v tomto prípade nie je indikovaná. Ak však pri progresii ochorenia vznikne stáza v obličkách a nefrostómii treba zaviesť kvôli renálnej insuficiencii, unikanie moču pošvou vymizne.

Rektovaginálna fistula

Rektovaginálna fistula môže vzniknúť aj po niekoľkých rokoch od kuratívnej radioterapie, najmä u diabetičiek, fajčiarok, hypertoničiek a žien po opakovaných pelvických operáciách. U progredujúceho ochorenia je fistula najčastejšie v dôsledku kombinácie postradiačných a nádorových zmien. Bez ohľadu na etiológiu, rektovaginálna fistula zaťažuje pacientku nepredstaviteľne nepríjemnými príznakmi, ktoré zásadným spôsobom ovplyvňujú fungovanie ženy. Cez malú fistulu prechádza len hnačkovitá stolica, zapáchajúci výtok či vetry však pacientku trápi skoro stále.

Kým rektovaginálne fistuly inej etiológie (posttraumatické, postoperačné, postinfekčné) sa pomerne úspešne operujú, riešenie týchto fistúl je podstatne náročnejšie. Ak je fistula iba postradiačná, prichádza do úvahy jej intraabdominálna korekcia či už bez resekcii čreva alebo s resekcii čreva a zachovaním funkcie análneho sfinktera (2). Jedinou možnosťou chirurgického riešenia rektovaginálnej fistuly z progresie ochorenia je derivácia stolice stómiou. Pri jej indikácii zohľadňujeme celkový stav pacientky a záťaž pacientky ďalšou operáciou. Efekt operácie môže byť neistý, najmä ak sa urobí axiálna stómia a v najhoršom prípade má pacientka ďalší „vývod“ a stolica odchádza aj cez pošvu.

Poruchy pasáže

Postradiačné zmeny po kuratívnej radioterapii na malú panvu môžu viesť k poruchám črevnej pasáže. Najčastejšie býva postihnuté distálne ileum a rektosigma. Ileus sa rieši resekciami čreva alebo stómiou. Ak však porucha pasáže recidivuje a ak je spôsobená kombináciou progresie a postradiačných zmien, zvyčajne už nie je chirurgicky riešiteľná (obštrukcia na viacerých miestach, kachektická pacientka, karcinomatóza). Pri inoperabilnom ileóznom stave ovplyvňujeme obťažujúce **príznaky** kombináciou **morfinu** (analgéza), **haloperidolu** (centrálne pôsobiace antiemetikum) a **butylskopolamínu** (redukuje nadmernú črevnú sekréciu nad prekážkou) (1). Dobré skúsenosti sú s podávaním **octreotidu**, nie je však schválený v tejto indikácii. Pri inkompletnej obštrukcii zlepšia črevnú pasáž **kortikoidy** (zmenšenie edému okolo obštrukcie). Zväčša je potrebná parenterálna hydratácia, niekedy nazogastrická sonda.

Záver

Uvedené i ďalšie príznaky pokročilej rakoviny krčka maternice (zapáchajúci výtok z pošvy, inkonti-

nencia, dýchavičnosť) prehľbujú depresiu, beznádej, utrpenie a sociálnu izoláciu pacientky. Typická pacientka s pokročilou rakovinou krčka maternice má aspoň polovicu uvedených príznakov: je mladá, trpí neznesiteľnými bolesťami, má lymfedém, prípadne anasarku, je ležiaca, má zapáchajúci výtok z pošvy, inkontinenciu, jednu alebo dve nefrostómie, kolostómiu, rektovaginálnu, vezikovaginálnu, prípadne aj enterokutánnu fistulu, môže byť anemická, dýchavičná, skatechizovať zvyčajne nestihne.

Úzkosť a depresia z bolestí, z neriešených osobných problémov (zmeny vzhľadu, strata sexuálneho a rodinného života, starosť o deti, financie, malá sociálna opora) sa potencujú stále novými a novými ťažkosťami. Skutočne sa zdá, že nikdy nie je tak zle, aby nemohlo byť ešte horšie. Pridružujú sa zmeny správa-

nia: non-compliance, závislosť – na pozornosti, ktorú jej venujeme, na injekciách, na pobyte v nemocnici.

Progresia, prejavujúca sa stále nepríjemnejšími príznakmi, je taká rýchla, že nedáva pacientke čas akceptovať zhoršujúci sa stav a vyrovnávať sa so zostávajúcim životom. Z praxe možno povedať, že ani pri jednej lokalizácii malignity nezomierajú pacienti takí nepripravení, nevyrovnaní a preto nekooperujúci, nedôverčiví a obviňujúci ako práve pri rakovine krčka maternice. I z tohto hľadiska platí: zrno prevencie je cennejšie ako hory zlata liečby.

MUDr. Oľga Sadovská

Oddelenie paliatívnej starostlivosti, Interná klinika
Národný onkologický ústav
Klenova 1, Bratislava
e-mail: olga.sadovska@nou.sk

Literatúra

1. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 2005: 1244.
2. Kosciński T, Sekowska M. Surgical Treatment of Rectovaginal Fistulas. Polski Przegląd Chirurgiczny 2007, 79: 533–539.
3. Sadovská O. Starostlivosť o onkologického pacienta v pokročilom štádiu ochorenia. Via pract., 2007, 4 (S2): 31–40.
4. Twycross R. Symptom Management in Advanced Cancer. Radcliffe Medical Press, 1997: 378.
5. Twycross R. Pain Relief in Advanced Cancer. Churchill Livingstone, London, 1998: 577.
6. Wesselmann U. Pain of Pelvic Origin. In: Pain 1999 – an Updated Review. IASP Press, Seattle 1999: 47–58.

MEDICÍNA PRE PRAX

KONGRES LEKÁROV PRVÉHO KONTAKTU

4. ROČNÍK

City Hotel Bratislava, Bratislava

5. – 6. september 2008

PREDBEŽNÝ PROGRAM

Farmakoekonomika a preskripcia praktických lekárov • Hypertenzia
• Nové trendy vo výžive • Endokrinológia • Právo a praktický lekár

Organizačný sekretariát:

Michaela Malová, Solen, s.r.o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava
tel.: 02/ 5465 1385, fax: 02/ 5465 1384, e-mail: malova@solen.sk, www.solen.sk