

Jerzy Jarosz

Zakład Medycyny Paliatywnej, Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Opieka paliatywna w onkologii

Palliative care in oncology

Adres do korespondencji:

dr med. Jerzy Jarosz
 Centrum Onkologii, Instytut
 im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
 ul. W.K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
 tel.: (022) 546 22 87
 e-mail: jarosz@coi.waw.pl

STRESZCZENIE

Autor niniejszej pracy przedstawia niektóre zagadnienia medycyny paliatywnej jako nowej dziedziny medycznej i jej odniesienia do onkologii. Przedstawiono i omówiono definicje opieki paliatywnej oraz terminologię używaną w tej dziedzinie. Zasygnalizowano potrzebę wprowadzania opieki paliatywnej do onkologii. Spośród problemów charakteryzujących współczesną medycynę paliatywną wymieniono stosunek do eutanazji. W odniesieniu do leczenia objawowego przypomniano historię powstawania współczesnych standardów leczenia przeciwbólowego. Jako zagadnienia wymagające większej uwagi ze strony onkologów wymieniono zespół znużenia — astenii oraz wyniszczenie nowotworowe.

Słowa kluczowe: medycyna paliatywna, opieka paliatywna, eutanazja, ból nowotworowy, wyniszczenie nowotworowe

ABSTRACT

The author presents a number of issues regarding palliative medicine and its place in oncology. The definition of palliative care and the terminology used within its field are also discussed. The need of including palliative medicine within the scope of oncology was emphasized. Among numerous problems encountered in palliative medicine the author focuses on euthanasia. In the field of symptomatic treatment the author describes the history of the appearance of modern-day standards of cancer pain treatment. Two issues are also presented as calling for closer scrutiny of oncological specialists — weariness and cancer cachexia.

Key words: palliative medicine, palliative care, euthanasia, cancer pain, cancer cachexia

Onkologia w Praktyce Klinicznej
 Tom 1, nr 2, 109–115
 Copyright © 2005 Via Medica
 ISSN 1734-3542
 www.opk.viamedica.pl

Nie trzeba narzekać, że w naszym kraju tak wiele osób cierpi, ale dlatego, że większość z nich cierpieć nie powinna (C. Saunders) [1].

Jako znak czasów można potraktować fakt, że w drugim numerze nowego pisma onkologicznego publikuje się artykuł dotyczący medycyny paliatywnej. W dodatku teksty dotyczące tego tematu mają się ukazywać w miarę regularnie, tak by podkreślić istotę tej problematyki w leczeniu onkologicznym.

Dotychczas temat ten, choć w różnego typu rozważaniach lekarskich wymieniany jako ważny, w praktyce onkologicznej był pomijany, spychany na dalszy plan, pozostawiany innym. Leczenie przeciwnowotworowe

stanowi na tyle ważne i pasjonujące wyzwanie, że nie pozostawiało wiele miejsca ani czasu na działania w zakresie niesienia ulgi w cierpieniu, pomocy w radzeniu sobie ze skutkami choroby i leczenia, a więc tym wszystkim co ogólnie nazywa się opiekowaniem się chorymi lub — w żargonie medycznym — pomocą w „uzyskaniu możliwie najlepszej jakości życia”.

W onkologii określenie „paliatywny”, przynajmniej podświadomie, jest naznaczone poczuciem porażki, rezygnacji, czegoś gorszego, bo konfrontowane jest z tryumfującym: „radykalny”, „przyczynowy”, „doszczętny”. W świadomości społecznej, języku potocznym, a także działaniach lekarskich utrwalone jest przekonanie

o konieczności „walki” z chorobą i „pokonania” raka, a nie „życia z chorobą”. Dzieje się tak na przekór znanym faktom i rzeczywistym możliwościom medycyny. Nie chodzi tu tylko o statystyki wskazujące, ilu chorych może „wygrać tę walkę”, ale przede wszystkim o to, że zarówno ci wygrani, jak i „przegrani” muszą przez jakiś czas, jeśli nie przez całe pozostałe życie, zmagać się z chorobą, leczeniem, skutkami choroby i/lub leczenia czy choćby z myślą o nich.

Warto w tym miejscu zacytować fragment artykułu wstępnego do numeru Medycyny po Dyplomie, poświęconemu zagadnieniom medycyny paliatywnej. „... Problem ten jest szczególnie trudny w przypadku rodzin zamożnych, które często uważają, że zdrowie i życie można kupić za pieniądze. Lekarz starający się przekazać bezradność współczesnej medycyny wobec zaważania choroby traktowany jest jako niekompetentny, co często prowadzi do szukania na własną rękę ‘lepszych’ ośrodków, gdzie ‘coś będzie można zrobić’” [2].

Zasygnalizowane tu trudności w akceptacji leczenia paliatywnego i skierowanie wszystkich wysiłków onkologów na leczenie przeciwnowotworowe sprawiły, że współczesna medycyna paliatywna w swojej początkowej fazie rozwijała się w pewnym oddaleniu od onkologii. W Polsce medycyna paliatywna ma już swoją ponad dwudziestoletnią tradycję i znaczne osiągnięcia organizacyjne, ale ciągle daleko jest do praktycznego uznania jej za integralną część leczenia onkologicznego. Dzieje się tak, mimo że opieka paliatywna w Polsce powinna dotyczyć nie mniej niż 70% chorych na nowotwory.

Poza tym, powstawanie odrębnych struktur będzie źródłem nowych, nie zawsze uzasadnionych opinii i stereotypów utrudniających pełną akceptację opieki paliatywnej. Powszechnym stereotypem jest traktowanie leczenia paliatywnego jako rezygnacji z leczenia, a hospicjum jako miejsca dla umierających.

Przeciwstawienie się postrzeganiu różnych działów medycyny w kategoriach „gorszy”–„lepszy”, leczniczy–paliatywny może następować jedynie poprzez integrację działań, łączenie leczenia przyczynowego ze zwalczaniem dokuczliwych objawów i wszechstronnym wsparciem chorego. Przedstawiciele *American College of Physicians* oraz *American Society of Internal Medicine* opublikowali następujące stwierdzenie dotyczące problemów opieki paliatywnej [3]:

„Opiekowanie się pacjentami z chorobą nieuchronnie prowadzącą do śmierci stanowi podstawowe zadanie lekarzy. Opieka paliatywna opiera się na wielowymiarowym podejściu ze strony całej grupy specjalistów, którzy zabiegają o dobro chorego i jego bliskich.

Poza patofizjologią samej choroby i kontrolą jej objawów opieka paliatywna koncentruje się na pomniejszaniu cierpienia i polepszaniu jakości życia.

Nie należy zwlekać z wdrożeniem elementów opieki

paliatywnej do chwili, gdy leczenie przyczynowe zakończy się fiaskiem lub zaistnieje stan bezpośrednio poprzedzający zgon. Przeciwnie, wszyscy lekarze są w stanie się przyczynić do poprawienia skuteczności medycyny paliatywnej, jeśli będą wyczuleni na wczesne wdrażanie metod, których celem jest łagodzenie objawów choroby i udzielanie chorym wsparcia psychicznego, a także na koordynowanie holistycznie pojętej opieki nad chorym oraz na dyskusje o przemijaniu życia.

Tam, gdzie nie ma już miejsca, ani na wyleczenie ani na wydłużenie życia, lekarze mogą dążyć do zapewnienia choremu komfortu oraz do maksymalnej optymalizacji zarówno jakości życia, jak i doznań odbieranych przez pacjenta i jego bliskich”.

Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO, *European Society for Medical Oncology*) podkreśla, że onkolodzy, którzy ponoszą 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” [4].

W wytycznych leczenia bólów nowotworowych Polskiej Unii Onkologii czytamy: „Każdy chory na nowotwór ma prawo oczekiwać i domagać się, aby bóle towarzyszące jego chorobie były starannie leczone i aby jego problemy zmagania się z chorobą spotykały się ze zrozumieniem ze strony najbliższych, pracowników medycznych, jak i całego społeczeństwa. Obecny stan świadomości społecznej, wiedzy medycznej, jak również przygotowania fachowego i organizacyjnego służby zdrowia w Polsce gwarantuje zaspokojenie takich oczekiwań pod warunkiem wykorzystania istniejących możliwości działania” [5].

Definicje

Współczesna medycyna paliatywna rozwija się niezwykle dynamicznie. Widać to chociażby w próbie zdefiniowania tej dyscypliny. Można zauważyć, że definicje nie nadążają za rozwojem przedmiotu, który mają określić, stąd pewien stopień zamieszania. W literaturze onkologicznej obok najczęściej używanych określeń: „opieka paliatywna”, „opieka hospicyjna”, „medycyna paliatywna” pojawiają się: „leczenie wspomagające”, „opie-

ka terminalna”, „medycyna schyłku życia”, powstałe jako określenia rodzime lub, częściej, odpowiedniki zaczerpnięte z języka angielskiego. Pojęcie „medycyna paliatywna” powinno być rozumiane jako gałąź medycyny — dziedzina nauki, specjalność medyczna zajmująca się badaniem i leczeniem pacjentów z aktywną, postępującą, prowadzącą do śmierci chorobą.

Więcej trudności sprawia rozróżnienie pozostałych wymienionych pojęć.

Pierwotnie określeń „opieka hospicyjna” i „opieka paliatywna” używano jako synonimów. I tak, można powiedzieć, że C. Saunders, uważana za twórczynię współczesnej **opieki paliatywnej** założyła **Hospicjum Św. Krzysztofa** i tam powstawały podstawy **medycyny paliatywnej**.

Do początku lat 90. XX wieku, w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) ale i w programach lokalnych, również polskich, podkreślano tożsamość wspomnianych pojęć. Celem było podkreślenie, że chodzi raczej o filozofię opieki niż formy organizacyjne. Ówczesna definicja WHO wymieniała najważniejsze kierunki tej filozofii: całościowa, aktywna i wielospecjalistyczna opieka nad chorym i jego rodziną w okresie, kiedy choroba nie poddaje się już leczeniu przyczynowemu. Celem jest uzyskanie możliwie najlepszej jakości życia [6].

Doświadczenia kolejnych lat oraz postępy onkologii wykazały, że opieka paliatywna nie powinna być ograniczana do ostatniej fazy choroby.

W 2002 roku WHO opracowała nową definicję [7], przedstawioną poniżej.

Opieka paliatywna jest działaniem, które poprawia jakość życia chorych stających wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą i ich rodzin. Obejmuje zapobieganie i zwalczanie cierpień, wczesne stawianie rozpoznania, staranne badanie i leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów — fizycznych, psychosocjalnych i duchowych. Zapewnia uwolnienie od bólu i innych uciążliwych objawów:

- Afirmuje życie, a śmierć szanuje jako proces naturalny.
- Nie dąży do przyspieszenia ani do opóźnienia śmierci.
- Integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki.
- Oferuje system pomocy pozwalający choremu żyć do końca tak aktywnie, jak to jest tylko możliwe.
- Oferuje system pomocy pozwalający rodzinie chorego radzić sobie w czasie choroby i w okresie żałoby po jego śmierci
- Charakteryzuje się działaniem zespołowym w rozwiązywaniu problemów chorych oraz ich rodzin, także w okresie żałoby.
- Poprawiając jakość życia, może pozytywnie wpływać na przebieg choroby.
- W połączeniu z innymi metodami, których celem jest przedłużenie życia (chemio-/radioterapia), może być

wprowadzona we wczesnych stadiach choroby i wówczas obejmuje również diagnostykę umożliwiającą lepszą interpretację i zwalczanie niepokojących powikłań.

Wydaje się, że nowa definicja dobrze oddaje istotę współczesnej opieki paliatywnej, zwłaszcza w odniesieniu do chorych na nowotwory złośliwe. Podkreślono tu dynamiczny charakter opieki: „dążenie”, „działanie” oraz całościowe spojrzenie na problemy związane z chorobą. W porównaniu z poprzednią, nowa definicja odwołuje się do wczesnego wkraczania, przewidywania dalszego przebiegu choroby, po to by zapobiegać i leczyć.

Najciekawsze jest jednak stwierdzenie, że poprawa jakości życia być może pozytywnie wpływa na przebieg choroby. Ta niesłychanie trudna do naukowego potwierdzenia, a w związku z tym bardzo śmiało sformułowana, konkluzja może w istotny sposób pozytywnie zmienić stosunek onkologów, a także społeczeństwa do medycyny paliatywnej.

Omawiając definicję, należy zwrócić uwagę na opisany w niej stosunek do śmierci. Śmierć postrzegana jako naturalna, przewidywalna konsekwencja życia i choroby nie powinna być przyspieszana ani opóźniana tylko dlatego, że medycyna dysponuje takimi możliwościami. Stwierdzenie to przeciwstawia się z jednej strony eutanazji jako metodzie rozwiązywania problemu cierpienia, z drugiej zaś strony uporczywej terapii przedłużającej biologiczne życie wbrew nieuchronnej, możliwej do przewidzenia sekwencji wydarzeń.

Niekiedy postawę taką określa się jako poszanowanie prawa chorego do godnej, naturalnej śmierci.

Grupa robocza do spraw opieki paliatywnej ESMO (*European Society for Medical Oncology Palliative Care Working Group*) podaje następujące rozróżnienie podstawowych definicji [4]:

- Leczenie wspomagające (*supportive care*): jego celem jest uzyskanie możliwie największego komfortu, możliwości funkcjonowania i wsparcia socjalnego dla chorych i ich rodzin na każdym etapie choroby i leczenia.
- Opieka paliatywna (*palliative care*) odnosi się do etapu, gdy choroba jest nieuleczalna.
- Opieka u schyłku życia (*end-of-life-care*) to opieka paliatywna w okresie zbliżania się do śmierci.

Leczenie wspomagające jest określeniem najszerszym, obejmującym pozostałe. „Leczenie wspomagające w onkologii jest tym wszystkim, co w onkologii nie jest leczeniem onkologicznym” J. Klustersky.

Podział ESMO, bliższy onkologom niż lekarzom medycyny paliatywnej, opiera się na kryteriach czasowych. Cele, sposoby i zakres działań są podobne.

Wyodrębnienie opieki u schyłku życia (*end-of-life-care*), w języku onkologów określanej także jako „opieka terminalna”, było wynikiem między innymi stwierdzenia,

że okresu bezpośrednio poprzedzającego śmierć nie można traktować jedynie jako zwykłej kontynuacji poprzednich wydarzeń. W tej fazie ujawniają się specjalne, charakterystyczne problemy wynikające ze zmiennej dynamiki objawów (nasilanie–ustępowanie), postępującej niewydolności wielonarządowej, wycofywania się chorego z aktywności społecznej, zaburzeń świadomości, wygasania funkcji fizjologicznych i mechanizmów regulujących (łaknienie, pragnienie), specyficznych problemów cierpienia duchowego chorego i jego najbliższych.

Praktyka wykazała również, że chociaż jest to niezwykle trudny okres w życiu chorego, to lekarze i pozostały personel medyczny nie są przygotowani fachowo do udzielania pomocy w tym zakresie. Proste przenoszenie stereotypowych zachowań i sposobów leczenia praktykowanych w innych sytuacjach bywa powodem dodatkowych cierpień chorego i jego rodziny.

Trudności z akceptacją przez lekarzy zasad przydatnych w leczeniu chorych umierających wynikają zarówno z braków w szkoleniu, a przez to nieznamomości metod leczenia opartych na dowodach naukowych, jak i z braku refleksji.

„Cele, jakie stawia medycyna paliatywna, kontrastują z dominującym w naszej kulturze sposobem postrzegania medycyny jako dziedziny, która umieranie traktuje jako problem do rozwiązania lub odwleczenia w czasie. Tymczasem umieranie, zarówno z powodu starzenia się, jak i z powodu postępującej, nieuleczalnej choroby, musi być rozpoznawane jako proces nieodwracalny i naturalny w życiu jednostki.

Prawidłowe umiejscowienie medycyny paliatywnej w systemach opieki zdrowotnej oprócz rozwiązań organizacyjnych i doskonalenia metod leczenia wymaga przewartościowania priorytetów medycznych” [8].

Medycyna paliatywna a eutanazja

Ci z nas, którzy uważają, że eutanazja jest złem, mają prawo tak mówić, ale jednocześnie stają się odpowiedzialni za pomoc w niesieniu ulgi w cierpieniach (C. Saunders) [1].

Medycynę paliatywną często określa się jako alternatywę eutanazji lub, jak chcą inni, jej przeciwieństwo. Określenia te pojawiają się zazwyczaj w związku z powracającą falą publicznych dyskusji nad legalizacją eutanazji w kolejnych krajach, a ostatnio i w Polsce.

Przeciwstawienie medycyny paliatywnej eutanazji jest słuszne, choć nie zawsze dobrze rozumiane. W odniesieniu do aspektów medycznych brak porozumienia wynika zazwyczaj z rozciągania znaczenia słowa „eutanazja” na działania, które eutanazją nie są. Konsekwencją jest niemożność rozróżnienia pojęć i przypisywanie niektórym działaniom leczniczym intencji

spowodowania lub przyspieszenia śmierci chorego. Odstępienie od uporczywej, nieuzasadnionej terapii bywa nazywane „bierną eutanazją”, stosowanie sedacji, a nawet podawanie leków opioidowych w celu zwalczania bólu określa się jako eutanazję ukrytą. Następnym krokiem jest już tylko stwierdzenie, że eutanazja jest powszechnie praktykowana przez lekarzy, a więc należy ją zalegalizować, by móc sprawować nadzór prawny na tą nadzwyczajną praktyką „lekarską”.

Dodatkowych pseudoargumentów za legalizacją dostarcza określenie „dobrowolna eutanazja”, które ma sugerować, że można chorego zabić bez jego woli i także nazwać to eutanazją — „niedobrowolna eutanazja”.

Nie wdając się dalej w dyskusję nad dopuszczalnością eutanazji, przytoczę jedynie najbardziej charakterystyczne opinie dotyczące zagadnienia, pochodzące ze środowisk medycyny paliatywnej.

Cytowana wcześniej definicja opieki paliatywnej [6, 7], jako priorytety wymienia afirmację życia i konsekwentnie — szacunek dla śmierci jako zjawiska naturalnego, nieuniknionego. Medycyna paliatywna w swoich działaniach „nie dąży do przyspieszenia ani do opóźnienia śmierci”.

Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (EAPC, *European Association for Palliative Care*) w swoim pierwszym oświadczeniu dotyczącym eutanazji podało jej definicję: „motywowane współczuciem, przemyślane, gwałtowne i bezbolesne przerwanie życia osoby dotkniętej nieuleczalną postępującą chorobą” oraz stanowczo i bezwarunkowo przeciwstawiło się tak rozumianej eutanazji jako niepotrzebnej i szkodliwej [9].

Ponownie stanowisko Komitetu Etycznego EAPC zostało opublikowane w 2003 roku. Publikację poprzedzała międzynarodowa dyskusja, która wykazała ogólny sprzeciw w stosunku do eutanazji i samobójstwa w asyście lekarza. Istniała też zgodność dotycząca potrzeby polemiki ze zwolennikami eutanazji, z podkreśleniem, że dyskusja i szacunek dla innych poglądów nie oznaczają akceptacji [10].

Komitet Etyczny EAPC nazywa eutanazję zabiciem na żądanie, także pomoc lekarska w samobójstwie jest działaniem w intencji pozbawienia życia.

Pozbawienie życia wbrew woli chorego lub bez możliwości poznania jego woli jest morderstwem, a nie eutanazją. Należy unikać określenia „dobrowolna eutanazja” jako sugerującego, że może być też eutanazja „niedobrowolna”.

Eutanazją nie są: zaniechanie uporczywej terapii, odstępienie od uporczywej terapii, sedacja terminalna. Czynności te ani im podobne nie powinny być też nazywane „bierną” eutanazją.

Eutanazją z definicji jest aktywna, określenie „bierna eutanazja” zawiera w sobie sprzeczność, inaczej mówiąc — nie istnieje bierna eutanazja.

Leczenie objawowe

Zwalczanie dokuczliwych objawów choroby stanowi niezbędny warunek poprawy jakości życia pacjenta. Leczenie objawowe powinno być stosowane na każdym etapie choroby równoległe z leczeniem przyczynowym lub niezależnie od niego.

Leczenie objawowe jest kluczowym zagadnieniem medycyny paliatywnej. W ostatnich latach dokonuje się prawdziwy przełom w zrozumieniu patomechanizmu poszczególnych objawów, a w związku z tym w możliwościach skutecznego leczenia. Warto też zwrócić uwagę na fakt, że postępy w terapii dokonują się nie tylko za sprawą wprowadzania nowych leków czy technik. Być może motorem postępu jest przede wszystkim wzrost zainteresowania problemem lekarzy i w konsekwencji racjonalne spojrzenie na możliwości terapeutyczne. Nie mniej ważne jest odrzucenie zacierpniętych z innych sytuacji klinicznych, utrwalonych tradycją, lecz niczym nieuzasadnionych metod leczenia.

Leczenie bólów nowotworowych

Leczenie bólów nowotworowych jest jednym z najlepiej opracowanych zagadnień leczenia objawowego. Ocenia się, że skuteczność leczenia przeciwbólowego sięga nawet 90%, a pozostałym chorym również można znacząco pomóc. Historia wprowadzenia współczesnych standardów terapeutycznych jest raczej historią obalania kolejnych mitów, jakimi obrosły leki przeciwbólowe, a dopiero w drugiej kolejności postępów farmakologii.

W 1984 roku WHO powołała grupę ekspertów po to, by przeciwstawić się sytuacji, w której chorzy cierpiący na bóle nowotworowe nie otrzymują skutecznego leczenia. Według ówczesnych ocen każdego dnia na świecie około 3,5 miliona osób cierpiało z powodu nieuśmierzonego bólu. Dwa lata później komitet ekspertów wydał swoją opinię, w której stwierdził, że głównym powodem takiej sytuacji jest brak zainteresowania problemem ze strony organizatorów opieki medycznej i medycyny. Lekarze nie wiedzą, że skuteczne leczenie przeciwbólowe jest dostępne. Istnieją też przeszkody formalne ograniczające chorym dostęp do leków przeciwbólowych. Jednym z głównych powodów takiego stanu rzeczy jest głęboko zakorzeniony lęk przed stosowaniem leków opioidowych, przede wszystkim morfiny. Lęk ten nie ma racjonalnego uzasadnienia, a ukształtowany został na podstawie obserwacji pochodzących z innych działów medycyny, w których leki te były stosowane nieprawidłowo lub używane jako narkotyki.

Instrukcja z 1986 roku zawierała apel do rządów o podjęcie działań w celu udostępnienia opioidów poprzez znoszenie barier prawnych oraz szkolenie personelu medycznego w zakresie potrzeby i sposobów leczenia

przeciwbólowego. Podano też niezwykle prosty algorytm leczenia bólów nowotworowych (tzw. „drabina analgetyczna WHO”) [11].

Późniejsza historia leczenia przeciwbólowego to prawdziwe kampanie skierowane przeciwko przesądom i lękowi przed podaniem opioidów — „opioidofobii”.

Wprowadzenie racjonalnych sposobów dawkowania leków — zgodnie z ich właściwościami farmakologicznymi, a nie „w razie bólu” — przekonało lekarzy co do skuteczności i bezpieczeństwa takiego leczenia, z drugiej zaś strony stało się bodźcem dla przemysłu farmaceutycznego do opracowania nowych, wygodnych w użyciu form leków. Wprowadzenie preparatów o kontrolowanym, przedłużonym uwalnianiu substancji czynnej (w Polsce — tabletki morfiny, a później fentanyl w plastrach) zrewolucjonizowało leczenie bólów nowotworowych zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym.

Kolejne postępy dokonywały się już na podstawie obserwacji dokonywanych podczas planowanego, racjonalnie dobranego leczenia. Do kliniki bólu wprowadzono pojęcie bólów przebijających i bólów paradoksalnych. Odbyła się ogólnoswiatowa debata nad skutecznością analgetyków w leczeniu bólów neuropatycznych. Powstało pojęcie „pseudouzależnienia” — wywołania u chorych zachowań podobnych do narkomanii jako reakcji na podawanie zbyt niskich dawek leków. Poznano aktywność i znaczenie metabolitów leków opioidowych i wprowadzono do leczenia technikę rotacji opioidów. W rozumieniu znaczenia leków i metod uzupełniających dokonał się znaczny postęp.

Znużenie/Astenia i zespół wyniszczenia nowotworowego

Kolejnym wyzwaniem dla onkologii i medycyny paliatywnej jest obecnie zespół zaburzeń metabolicznych prowadzących do wyniszczenia nowotworowego oraz złożony i wielowymiarowy zespół objawów fizycznych, emocjonalnych i poznawczych, nazywany zespołem znużenia (*fatigue*), utraty siły, utraty energii, wyczerpania, osłabieniem, nietolerancją wysiłku czy astenią [12].

Obydwa te zespoły, zaliczane do objawów paranowotworowych, mają ogromne, lecz niedoceniane przez lekarzy znaczenie kliniczne i istotnie ograniczają jakość życia chorych. W badaniu Vogelzanga i wsp. 61% chorych stwierdziło, że znużenie zakłóca ich życie bardziej niż ból. Tylko 37% onkologów wierzyło skargom pacjentów [13].

W innym badaniu jako objawy najbardziej ograniczające jakość życia 60% chorych wymieniło znużenie, a tylko 6% ból. Odpowiedzią lekarzy na skargi pacjentów w 37% było zalecenie odpoczynku, a w 40% przypadków lekarz nie zalecił żadnych działań [14]. Paradoks sytuacji polega na tym, że jedną z charakterystycznych cech patologicznego znużenia jest to, że nie ustępuje

ono po wypoczynku. Wymownym przykładem jest sytuacja opisana przez Poulson. Lekarka chora na raka piersi opisuje zmęczenie swojemu chirurgowi. Kiedy ten odpowiada, że doskonale rozumie sytuację, ponieważ jest właśnie po ciężkim dyżurze i radzi, aby trochę odpocząć, pierwszą myślą lekarki było „złapać go za kołnierz fartucha, potrząsnąć i krzyknąć; nie to nieprawda, nie ma pan pojęcia, jak ja się czuję”, jednak nie miała na to dość siły [15].

Znużenie/Astenia dopiero od niedawna stała się przedmiotem zainteresowania lekarzy. Obecnie medycyna nie dysponuje żadnym specyficznym sposobem zwalczania tego objawu. Leczenie jest zawsze wielokierunkowe.

W chwili obecnej najważniejsze jest, by lekarze nauczyli się rozpoznawać ten zespół i nie bagatelizowali objawów. Wydaje się, że jeśli już mamy się odwoływać do porównań, to bliższe odczuciom chorych jest to, jak czujemy się w czasie ciężkiej i długotrwałej grypy niż po ciężkim dyżurze.

Znacznie więcej uwagi onkolodzy poświęcili wyniszczeniu nowotworowemu. Chociaż w 2000 roku na 2561 doniesień umieszczonych w spisie Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO, *American Society of Clinical Oncology*) tylko 4 dotyczyły wyniszczenia nowotworowego, to „biologiczne” aspekty wyniszczenia są poważnie brane pod uwagę. Stopień wyniszczenia uznaje się za samodzielny czynnik rokowniczy w onkologii zarówno pod względem czasu przeżycia, jak i ryzyka powikłań leczenia przeciwnowotworowego.

Zbyt mało uwagi przykładają do psychospołecznych skutków wyniszczenia nowotworowego. Utrata sił, zmiana wyglądu zewnętrznego, postępująca utrata łaknienia bezpośrednio wpływają na przeżywanie swojej choroby i kontakty z otoczeniem. Dla najbliższych chorzy są widomym świadectwem bezradności, zmuszającym do podejmowania jakiegokolwiek działania. Najczęściej takim działaniem są próby intensywnego odżywiania.

„Przyczyną wyniszczenia nowotworowego (podobnie jak w innych przewlekłych, wyniszczających chorobach) jest endogeny proces powstały w reakcji na chorobę i uszkodzenie tkanek, a nie głodzenie” [16]. Objawy mogą być nasilane przez czynniki dodatkowe, ograniczające pobieranie energii. W konsekwencji powstaje zespół charakterystycznych objawów klinicznych: utrata masy mięśniowej, utrata łaknienia, uczucie szybkiego nasycenia się, osłabienie i szybkie męczenie, zaburzenia metaboliczne i hormonalne, problemy psychospołeczne.

Dla celów dydaktycznych odróżnia się niekiedy kacheksję pierwotną (właściwą) — zespół zaburzeń metabolicznych w odpowiedzi na chorobę — od kacheksji wtór-

nej (niedożywienia) — spowodowanej czynnikami ograniczającymi przyjmowanie pokarmów lub zwiększającymi utratę substancji energetycznych lub białek.

Podział taki pozwala łatwiej zrozumieć wielowymiarowy charakter zespołu kacheksja–anoreksja i nabrać dystansu do poszczególnych metod leczenia, które uwzględniają:

- działania przeciwko przyczynie (np. nowotworowi);
- leczenie czynników nasilających (kacheksja wtórna);
- wsparcie żywieniowe odpowiednio do potrzeb i możliwości chorego;
- leczenie farmakologiczne (steroidy, progestageny, prokinetyki);
- szeroko pojęte poradnictwo — koncentracja zarówno na fizycznych, jak i na psychofizycznych aspektach choroby przy jednoczesnym uwzględnieniu problemów rodzinnych [17].

Wydaje się, że w leczeniu wyniszczenia nowotworowego przeceniana jest rola żywienia. Odnosi się to przede wszystkim do pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Koncentracja chorego i jego najbliższych na różnych sposobach dostarczenia pożywienia może się stać chorobą samą w sobie. Jednocześnie karmienie chorych jest głęboko zakorzenionym wyrazem troski o nich. Znalezienie właściwych proporcji jest zadaniem lekarza. Aby to osiągnąć, oprócz znajomości patogenety zespołu i odniesienia się do sytuacji konkretnego chorego, konieczna jest umiejętność komunikowania się z pacjentem i jego rodziną.

„Kiedy rozmawiamy z rodziną chorego o jedzeniu, wcale nie oznacza to, że nasi rozmówcy myślą o żywieniu w jego biologicznym sensie. Częściej jest to rozmowa o więziach rodzinnych, obowiązkach i o poczuciu załamania się tych wartości, gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić możliwości jedzenia i picia jednemu ze swych członków” [18].

Vardy i Tannock w swoim przeglądowym artykule zastanawiają się nad sposobem oceny jakości opieki onkologicznej. Podkreślają, że pomiar taki jest niezwykle trudny i na pewno na ocenę powinno się składać wiele czynników. Jako punkt wyjścia do takich ocen proponują próbę odpowiedzi na 3 podstawowe pytania [19]:

1. Czy stosowane jest właściwe leczenie?
2. Czy leczenie podawane jest prawidłowo?
3. Czy oprócz choroby leczony jest pacjent?

Mam nadzieję, że onkolodzy oprócz doskonalenia własnych umiejętności, potrafią wykorzystać możliwości współpracy z lekarzami medycyny paliatywnej tak by odpowiedź na ostatnie pytanie brzmiała twierdząco.

Piśmiennictwo

1. Saunders C. Care of the dying—the problem of euthanasia. *Nurs. Times* 1959; 9: 60–61.
2. Polański J. Od Redakcji. *Medycyna po dyplomie* 2005; 14: 3.
3. Byock I.R., Caplan A., Snyder J.D. American College of Physicians — American Society of Internal Medicine. End-of-life Care Consensus Panel 2001. Beyond Symptom Management: Physicians Roles and Responsibility in Palliative Care. <http://www.DyingWell.org>. <http://www.dyingwell.com/goalsASIM2001.htm>.
4. Cherny N.I., Catane R. Kosmidas and Members of ESMO Palliative Working Group. ESMO policy on supportive and palliative care. www.esmo.org/WorkingGroups/policySupportive.htm.
5. Jarosz J., Hilgier M., Kaczmarek Z., Walden de Galuszko K. Leczenie bólów nowotworowych. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. *PUO* 2003; 525.
6. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Geneva 1990.
7. World Health Organization 2002. www.who.int/cancer/palliative/en/
8. Bruera E. The Growth of Palliative Care Worldwide Presents Ongoing Challenges. *Innovations in End-of-Life Care* 1999; 1 (5): www.edc.org/lastacts.
9. Roy D.J., Rapin C.H. Regarding Euthanasia. *European Journal of Palliative Care* 1994; 1: 17.
10. The euthanasia debate and a new position paper from a Task Force of EAPC: a helpful reappraisal or retreat into obfuscation? Editorial. *Palliat. Med.* 2003; 17: 92–93.
11. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva 1986.
12. Barnes E.A., Bruera E. Fatigue in patients with advanced cancer: a review. *Int. J. Gynecol. Cancer* 2002; 12: 424–428.
13. Vogelzang N.J., Breitbart W., Cella D. i wsp. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripartite assessment survey. *Semin. Hematol.* 1997; 34 (supl. 2): 4–12.
14. Portenoy R.K., Itri L.M. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 1999; 4: 1–10.
15. Poulson M.J. Więcej niż zmęczony. Supplement — sztuka onkologii. Gdy nowotwór nie jest celem. *J. Clin. Oncol.* 2003 (wyd. polskie): 60–62.
16. Kotler D.P. Cachexia. *Ann. Intern. Med.* 2000; 8: 622–634.
17. Strasser F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. *Support. Care Cancer* 2003; 11: 11–20.
18. MacDonald N. Ethical considerations in feeding or hydrating advanced cancer patients. W: Ripamonti C., Bruera E. (red.). *Gastrointestinal symptoms in advanced cancer patients*. Oxford University Press 2002.
19. Vardy J., Tannock I.F. Quality of cancer care. *Ann. Oncol.* 2004; 15: 1001–1006.