

Wojciech Leppert

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Chora na rozsianą postać raka nerkowokomórkowego z nasilonym bólem kostnym i neuropatycznym oraz problemami socjalnymi

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2009; 8, 1: 27–30

Streszczenie

W niniejszej pracy przedstawiono 72-letnią chorą na raka nerkowokomórkowego z przerzutami do kości miednicy, które powodowały nasilony ból kostny i neuropatyczny. Oprócz trudności związanych z opanowaniem bólu omówiono problemy społeczne, wynikające z konieczności zorganizowania i prowadzenia opieki paliatywnej nad małżonkiem pacjentki, który cierpiał z powodu rozsianego raka prostaty i zmarł w tym czasie, gdy sama chora była objęta opieką. Przypadek opisywanej chorej zwraca uwagę na potrzebę holistycznego podejścia do pacjentów objętych opieką paliatywną, obejmującego zarówno skuteczne leczenie objawowe, jak i szeroko pojęte wsparcie psychosocjalne i duchowe.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009; 3, 4: 186–188

Słowa kluczowe: leki przeciwbólowe, ból, opieka paliatywna, leczenie

U 72-letniej chorej rozpoznano w 2003 roku raka nerkowokomórkowego i wykonano u niej zabieg lewostronnej nefrektomii. Trzy lata później, na podstawie scyntygrafii kostnej i zdjęcia rentgenowskiego, wykazano przerzuty do lewego biodra i lewej kości skroniowej. Rozpoznano ognisko osteolizy wokół lewego stawu krzyżowo-biodrowego oraz kompresyjne złamanie kręgu L1, wywołane osteoporozą. Ból lewego biodra powodował trudności w poruszaniu się (chora chodziła o kuli). Z tego powodu zastosowano dwa cykle paliatywnej radioterapii na okolicę lewego biodra (20 Gy w lipcu 2006 roku i 16 Gy

w listopadzie 2006 roku), nie uzyskując efektu zmniejszenia dolegliwości bólowych. W obrębie lewej kończyny dolnej występowały parestezje oraz zaburzenia czucia.

W dniu 9 listopada 2006 roku chorą przyjęto do Hospicjum Domowego z powodu bólu (1–3 punkty w spoczynku, 8–10 punktów w czasie poruszania się według numerycznej skali bólu — 0 — brak bólu, 10 — najsilniejszy możliwy ból), osłabienia, zespołu wyczerpania i depresyjnego nastroju. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono istotnych odchyleń. Chora stosowała regularnie morfinę o przedłu-

Adres do korespondencji: dr n. med. Wojciech Leppert
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Osiedle Rusa 25 A, 61–245 Poznań
tel./faks: (061) 873 83 03, e-mail: wojciechleppert@wp.pl
Tłumaczenie: lek. Joanna Jassem-Bobowicz



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009, 3, 4, 186–188
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

żonym uwalnianiu 10 mg 2 razy dziennie, morfinę o natychmiastowym działaniu 5–10 mg w razie bólu przebijającego, ketoprofen o przedłużonym uwalnianiu 200 mg 1 raz dziennie, gabapentynę 100 mg 3 razy dziennie, mianserynę 10 mg 2 razy dziennie, omeprazol 20 mg 1 raz dziennie, metoklopramid 10 mg 3 razy dziennie, laktulozę 15 ml 3 razy dziennie i bisakodyl w tabletkach 5 mg w razie nieoddawania stolca przez 2 dni. Ponadto zlecono pamidronian 90 mg, który był stosowany w domu w 2-godzinny wlew dożylny w 500 ml 0,9% NaCl. Z powodu senności odstawiono mianserynę, w zamian włączono lorazepam 1 mg w razie zaostżenia dolegliwości lękowych. Dawki morfiny (30 mg 2 razy dziennie) i gabapentyny (300 mg 3 razy dziennie) były stopniowo zwiększane z powodu dolegliwości bólowych w grudniu 2006 roku. W styczniu 2007 roku z powodu niskiego stężenia wapnia w surowicy zlecono podawanie preparatu witaminy D₃ i wapnia. Podczas 3. wlewu pamidronianu chora zgłaszała dolegliwości bólowe i splątanie, dlatego kolejne wlewy podawano w przychodni.

W lutym 2007 roku chora zgłaszała ból wszystkich kości i całego ciała, jej stan psychiczny się pogorszył. Dawkę morfiny podawaną regularnie zwiększono do 40 mg 2 razy dziennie. Chora odmówiła spotkania z psychologiem i leczenia lekami przeciwdepresyjnymi; nadal stosowała lorazepam i otrzymywała wsparcie od odwiedzającej ją pielęgniarki i lekarza. Z powodu wzrostu stężenia potasu (5,6 mmol/l) zalecono furosemid 40 mg 1 raz dziennie, stężenie kreatyniny w surowicy było prawidłowe. W marcu na bocznej powierzchni kostki prawej kończyny dolnej pojawiła się głęboka odleżyna, którą leczono miejscowo kremem antyseptycznym, następnie stosowano opatrunki hydrokoloidowe i hydrożelowe. Chora czuła się lepiej i oprócz codziennej stałej dawki leków przeciwbólowych w razie bólu przebijającego otrzymywała morfinę 10 mg o natychmiastowym działaniu, co zapewniało zadowalającą kontrolę bólu. Pacjentka nadal otrzymywała wlewy pamidronianu w przychodni. Pod koniec marca chora zaczęła odczuwać ból o charakterze „porażenia prądem” w lewej kończynie dolnej oraz kłujący ból, ale nie wyraziła zgody na badanie radiologiczne w celu oceny postępu choroby oraz stanu kręgosłupa i miednicy. Zwiększenie dawki gabapentyny do 600 mg 3 razy dziennie pozwoliło na skuteczną kontrolę bólu. W marcu z powodu wzrostu stężenia potasu (5,9 mmol/l) zalecono stosowanie furosemidu w dawce w 2 razy dziennie 40 mg, stężenie kreatyniny w surowicy nadal było prawidłowe. Następnie dawkę furosemidu stopniowo zmniejszano do 20 mg 2 razy dziennie z powodu

niskiego ciśnienia tętniczego (80/50 mm Hg), ponadto zlecono stosowanie kardiamidu z kofeiną (1 ml zawiera mieszaninę nicetamidu 100 mg, kofeiny 100 mg i strychniny 0,25 mg) 20 kropli 3 razy dziennie, uzyskując zadowalający efekt terapeutyczny (110/75 mm Hg). W ciągu kolejnych miesięcy pojawił się średnio nasilony obrzęk lewej kończyny dolnej, bez objawów zakrzepowego zapalenia żył.

Pod koniec maja, z powodu nasilenia bólu, regularną dawkę morfiny zwiększono do 50 mg 2 razy dziennie oraz zalecono stosowanie diklofenaku w żelu w miejscu obrzęku lewej kończyny dolnej. W połowie czerwca ból nasilił się, dlatego zwiększono dawkę morfiny o przedłużonym uwalnianiu do 60 mg 2 razy dziennie oraz 20 mg w razie bólu przebijającego. Ponownie stopniowo zwiększono dawkę gabapentyny do 900 mg 3 razy dziennie, dzięki czemu nasilenie bólu uległo zmniejszeniu, bez wystąpienia działań niepożądanych. W tym samym miesiącu stan ogólny męża chorej pogorszył się, co spowodowało wystąpienie u pacjentki depresji; chora nie wyraziła zgody na przyjęcie męża do hospicjum, w związku z czym opiekę kontynuowano w domu z pomocą zespołu autorów i opiekuna z Polskiego Czerwonego Krzyża. We wrześniu ponownie zwiększono dawkę morfiny do 90 mg 2 razy dziennie z powodu nasilenia bólu. W tym czasie włączono deksametazon 2 mg i stwierdzono pojawienie się nowej odleżyny (IV stopień) na lewej i prawej stopie; zastosowano leczenie opatrunkami hydrokoloidowymi, a następnie kremem antyseptycznym. Chora miała coraz więcej trudności w poruszaniu się w domu; stan ogólny jej męża nadal się pogarszał. Pod koniec października mąż pacjentki zmarł w spokoju w domu. W tym czasie nastrój chorej ponownie się obniżył. W listopadzie zwiększono dawkę morfiny do 120 mg 2 razy dziennie z powodu nasilenia bólu; dawkowania pozostałych leków nie zmieniano. Po 2 tygodniach od śmierci męża chora poczuła się lepiej fizycznie i psychicznie. W grudniu zwiększono poranną dawkę morfiny do 180 mg z powodu nasilenia bólu w czasie poruszania się, wieczorna dawka nie została zmieniona (120 mg). Pojawił się obrzęk kończyn dolnych i odleżyna okolicy kości ogonowej (II stopień), leczona za pomocą kremu antyseptycznego.

Z początkiem nowego roku chora nie była już w stanie chodzić, stwierdzono martwicę w obrębie odleżyny prawej stopy, leczoną kremem antyseptycznym — obrzęk kończyny się zmniejszył. Na początku lutego stwierdzono zakażenie wirusem *Herpes* w lewej części klatki piersiowej, które zmniejszyło się po systemowym leczeniu acyklowirem i miejscowym zastosowaniu cynku. Stwierdzono

obecność nowej odleżyny (IV stopień) lewej nogi, włączono leczenie opatrunkami hydrokolidowymi i hydrożelowymi. Na początku marca depresja chorej się nasiliła i wymagała ona 24-godzinnej opieki. Odleżyny stopy i nogi zaczęły krwawić, pojawił się wysięk; 20 marca pacjentkę przyjęto do hospicjum stacjonarnego po epizodzie nasilonego krwawienia, które ustąpiło po zastosowaniu opatrunków miejscowo i następnie chirurgicznym opracowaniu odleżyn. Po 3 dniach chora straciła świadomość i stwierdzono niedowład połowiczny lewostronny. Jej stan poprawił się po dożylnym podaniu deksametazonu (16 mg) i mannitolu (250 ml roztworu 20%). Z powodu złego stanu ogólnego u chorej nie przeprowadzono dalszych badań. Pacjentka otrzymała dożylnie wlewy morfiny (120 mg dziennie z klonazepamem (2 mg dziennie), piracetamem (1 g 3 razy dziennie) i przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych z powodu znacznego stopnia niedokrwistości; uzyskano dobry efekt terapeutyczny.

Chora chciała wrócić do domu, ale jej synowie nie wyrazili na to zgody, twierdząc że nie są w stanie zapewnić jej 24-godzinnej opieki. Jej relacje z synami (38 i 45 lat) były trudne. Starszy syn mieszkał ze swoją rodziną i tylko czasem odwiedzał matkę. Młodszy syn mieszkał z chorą i opiekował się nią, jednak często wyjeżdżał. Stanowiło to problem dla pacjentki, ponieważ oczekiwała, że syn będzie spędzał z nią więcej czasu. Ponadto nie akceptowała partnerki syna. Podczas pobytu w hospicjum stacjonarnym stan ogólny chorej stopniowo się pogarszał, objawy wskazywały na nowotworowe przerzuty do mózgu. Chora zmarła spokojnie pod koniec czerwca.

Dyskusja

Opisywana pacjentka cierpiała z powodu nasilonego bólu kostnego i neuropatycznego połączonego z rozsiewem nowotworowym do kości, prawdopodobnie naciek obejmował nerwy. Ból nasilał się w czasie ruchu, zastosowane leczenie (radioterapia, opioidy, niesteroidowe leki przeciwzapalne, kortykosteroidy, leki przeciwdrgawkowe, bisfosfo-

niany) było częściowo skuteczne, ponieważ przez większość czasu chora stosowała dodatkowo morfinę w razie bólu przebijającego (średnio 1–2 razy dziennie) [1, 2]. Problem ten zniknął w hospicjum stacjonarnym, kiedy chora przestała się samodzielnie poruszać. Pacjentka odmówiła wykonania jakichkolwiek badań, które pomogłyby dokładnie określić przyczynę bólu. Ponadto jej stan psychiczny podlegał wahaniom, aż do depresji spowodowanej sytuacją społeczną i postępem choroby [3]. Chora odmawiała także leczenia lekami przeciwdepresyjnymi i konsultacji psychologicznej, ale od czasu do czasu przyjmowała lorazepam. Odleżyny oraz krwawienie spowodowały objęcie chorej opieką stacjonarną [4].

Istotnym problemem w przypadku opisywanej pacjentki były jej stan psychiczny oraz sytuacja socjalna. U jej męża rozpoznano raka prostaty. Dziesięć lat wcześniej mąż chorej przeżył udar, ale przeszedł pełną rehabilitację i był samodzielny. Podczas opieki nad chorą stan ogólny mężczyzny się pogarszał, ostatecznie chory złamał lewe przedramię w trakcie upadku. Wtedy właśnie został objęty opieką paliatywną. Chory zmarł w domu wkrótce potem, ale wydarzenie to było dodatkowo trudne dla pacjentki — jej depresja i stan psychiczny się pogorszyły [5]. Przypadek opisywanej chorej pokazuje, jak bardzo potrzebna jest współpraca w zespole, zwłaszcza między lekarzem i pielęgniarką, której rola była najważniejsza podczas opieki nad chorą, zwłaszcza że pacjentka odmówiła szczególnie po śmierci jej męża.

Piśmiennictwo

1. Von Moos R., Strasser F., Gillessen S., Zaugg K. Metastatic bone pain: treatment options with an emphasis on bisphosphonates. *Support Care Cancer* 2008; 16: 1105–1115.
2. Davies M.P. What is new in neuropathic pain. *Support Care Cancer* 2007; 15: 363–372.
3. Lloyd-Williams M. Depression in advanced cancer — a hidden symptom. *Clin. Med. JRCPL* 2001; 1: 175–176.
4. Pereira J., Phan T. Management of bleeding in advanced cancer. *Oncologist* 2004; 9: 561–570.
5. Wilson K.G., Chochinov H.M., McPherson C.J. i wsp. Suffering with advanced cancer. *J. Clin. Oncol.* 2007; 25: 1691–1697.