

Palliative Medicine in Practice

YEAR 2021
VOLUME 15
SUPPL. 1



**II Ogólnopolska Studencka
Konferencja Medycyny
Paliatywnej**



VIA MEDICA

Palliative Medicine in Practice

Editor-in-Chief:

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert (Poznań)

Associate Editors:

prof. David Oliver (Rochester, Wielka Brytania)
prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko (Gdańsk)
dr hab. n. med. Zbigniew Żylicz, prof. UR (Rzeszów)

Editorial Advisory Board:

prof. Sam Ahmedzai (Sheffield, Wielka Brytania)
prof. Michael Bennett (Leeds, Wielka Brytania)
dr Louise Brereton (Lincoln, Wielka Brytania)
prof. David Currow (Adelaide, Australia)
dr n. med. Iwona Damps-Konstańska (Gdańsk)
prof. Andrew Davies (Surrey, Wielka Brytania)
prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski (Kraków)
prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko (Gdańsk)
prof. Yvonne Engels (Nijmegen, Holandia)
dr n. med. Tomasz Grądański (Kraków)
prof. Katalin Hegedus (Budapeszt, Węgry)
dr hab. n. med. Marcin Jabłoński (Kraków)
dr n. med. Justyna Janiszewska (Gdańsk)
prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem (Gdańsk)
dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek (Poznań)
ks. dr hab. Piotr Krakowiak, prof. UMK (Toruń)
prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski (Warszawa)
prof. Philip Larkin (Lozanna, Szwajcaria)
prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko (Gdańsk)

Secretary Editor:

dr Leszek Pawłowski (Gdańsk)

Chairs of Editorial Advisory Board:

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik (Bydgoszcz)
prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem (Gdańsk)

prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak (Poznań)
prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkovicz (Słupsk)
prof. Sebastiano Mercadante (Palermo, Włochy)
dr n. med. Aleksandra Modlińska (Gdańsk)
prof. Tony O'Brien (Dublin, Irlandia)
dr Ilona Obara (Newcastle, Wielka Brytania)
dr hab. Katarzyna Ochałek, prof. AWF (Kraków)
dr Leszek Pawłowski (Gdańsk)
dr n. hum. Marta Porębiak (Warszawa)
dr n. med. Jadwiga Pyszkowska, prof. WSNS (Ruda Śląska)
dr n. hum. Anna Ratajska (Bydgoszcz)
prof. Carla Ripamonti (Mediolan, Włochy)
dr n. hum. Agata Rudnik (Gdańsk)
dr n. farm. Sofiya Shunkina (Lwów, Ukraina)
dr n. med. Piotr Sobański (Schwyz, Szwajcaria)
dr n. med. Vilma Tripodoro (Buenos Aires, Argentyna)
prof. Robert Twycross (Oksford, Wielka Brytania)
prof. Kris Vissers (Nijmegen, Holandia)
prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek (Kraków)

Managing Editor:

Olga Hollek (Gdańsk)

Opinions presented in manuscripts do not necessarily represent those of Editors.

Palliative Medicine in Practice (ISSN 2545-0425) is published by VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k., ul. Świętokrzyska 73 80-180 Gdańsk, tel. 58 320 94 94, faks 58 320 94 60, e-mail: redakcja@viamedica.pl, marketing@viamedica.pl www.viamedica.pl

Editorial office address:

Department of Palliative Medicine, Department of Family Medicine, Medical University of Gdańsk
ul. Dębinki 2, 80-211 Gdańsk, Poland, phone/fax: +48 58 349 15 73, wojciechleppert@wp.pl

Electronic orders should be directed at: www.journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice

Advertisements: please contact Publisher Via Medica at tel. 58 320 94 94; dsk@viamedica.pl

Editorial office is not responsible for the content of advertisements.

All rights reserved including translations to foreign languages. No part of this journal, both text and graphics, can be used in any form. It is particularly forbidden to reproduce or transferring to mechanical and/or electronic language and also fixing in any form, keeping in any form of recall and transmitting via electronic, mechanical devices or using photocopying, microfilm, recordings, scan or in any way, without former written permission of the Publisher. The Publisher rights are protected by national author law and international conventions and their abuse is persecuted by criminal law.

Editorial policies and author guidelines are published on journal website: https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/about
Legal note: https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/about/editorialPolicies#custom-7

Index Copernicus — 114.13 points; Ministry of Science and Higher Education — 20 points



Copyright © 2021 Via Medica



20-0828.009.001



II Ogólnopolska Studencka Konferencja Medycyny Paliatywnej Gdańsk, 13 marca 2021 r.

PROGRAM

10:00–10:30	Rozpoczęcie Konferencji — przywitanie gości i uczestników
10:30–10:55	Wykład ekspercki prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
11:00–11:25	Wykład ekspercki prof. dr hab. n. med. Ewa Bień
11:30–12:30	Sesja studencka — doniesienia oryginalne i pogładowe
12:30–13:00	Przerwa obiadowa
13:00–13:25	Wykład ekspercki prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gafuszko
13:30–13:55	Wykład ekspercki mgr Anna Jochim-Labuda
14:00–15:00	Sesja studencka — przypadki kliniczne
15:00–15:20	Obrady Komisji Naukowej
15:30	Zakończenie Konferencji

KOMISJA NAUKOWA

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert — Przewodniczący

Prof. dr hab. n. med. Ewa Bień

Prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gafuszko

SESJA STUDENCKA —
DONIESIENIA ORYGINALNE
I POGLĄDOWE

Co jest trudne w nauce o umieraniu? — opinie studentów kierunku lekarskiego dotyczące wprowadzania chwili śmierci i umierania w symulacji medycznej

Wstęp

Lekarz w codziennej pracy pewnego dnia doświadczy śmierci pacjenta i procesu umierania. Powstaje pytanie, czy poprzez tradycyjny sposób nauczania możemy zapewnić studentom doświadczenie radzenia sobie ze śmiercią? Nie da się zaplanować śmierci w warunkach klinicznych, a jednocześnie podczas zajęć teoretycznych można przekazać wiedzę, ale nie nauczyć praktyki. Alternatywę stanowią zajęcia prowadzone metodą symulacji medycznej.

Cel badania

Celem pracy była ocena postawy, przygotowania oraz poznanie trudności, które towarzyszyły studentom w scenariuszu zajęć z wykorzystaniem symulacji medycznej, w którym dochodzi do śmierci pacjenta.

Respondenci i metody

W kwietniu 2019 roku przeprowadzono badanie ankietowe oparte na autorskim kwestionariuszu. Pytania zostały zaczerpnięte z literatury oraz przeprowadzonych wywiadów ustrukturyzowanych. Grupę badaną stanowili studenci IV roku kierunku lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, którzy w ramach programu studiów uczestniczyli w kursie Medycyny Wieku Podeszłego (MWP).

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 91 studentów, z których 30 doświadczyło śmierci pacjenta w trakcie zajęć MWP. Mimo iż 18% studentów podaje, że miało problem z wyobrażeniem sobie sytuacji śmierci w scenariuszu jako prawdziwej, to jednocześnie 87% przyznaje, że MWP były jedynymi zajęciami, na których ćwiczyli postępowanie w sytuacjach granicznych takich jak śmierć. Jedynie około 8% studentów zdecydowanie czuje się przygotowanym do radzenia sobie w takich scenariuszach.

Wnioski

Badaniem objęto studentów, którym pozostały dwa lata do ukończenia studiów. Większość z nich zgłasza brak wiedzy i umiejętności związanych z postępowaniem w sytuacji śmierci i umierania. Jeśli doświadczają śmierci pacjenta na zajęciach klinicznych, to w takich warunkach pozostają biernymi obserwatorami. Trudno rozmawiać o problemach wynikających z sytuacji śmierci czy procesu umierania, jeśli studentom towarzyszą silne odczucia prawdopodobnie wynikające z niedostatecznego przygotowania. Z drugiej strony, studenci deklarują potrzebę zajęć praktycznych, w trakcie których w sytuacjach zagrożenia życia i pod presją czasu zmuszeni byłiby do podejmowania samodzielnych decyzji.

Opinie studentów na temat przekazywania niepomyślnych informacji

Wstęp

Przekazywanie niepomyślnych informacji jest trudnym, choć częstym zadaniem w praktyce lekarskiej. Posiadanie odpowiedniej wiedzy oraz umiejętności w tym zakresie poprawia relację pomiędzy lekarzem a pacjentem, co pozytywnie wpływa na proces leczenia.

Cel badania

Celem badania było poznanie opinii dotyczących przekazywania niepomyślnych informacji wśród studentów polskich uczelni wyższych oraz identyfikacja różnic pomiędzy studentami medycyny a studentami innych kierunków.

Respondenci i metody

Studenci polskich uczelni wyższych zostali poproszeni o wypełnienie autorskiego formularza ankietowego na temat przekazywania niepomyślnych informacji przez lekarza. Do analizy użyto 196 wypełnionych formularzy ankiety. Grupa respondentów została podzielona na studentów medycyny oraz studentów innych kierunków.

Wyniki

Studenci innych kierunków częściej niż studenci medycyny uważali, że lekarz zawsze powinien przekazywać choremu niepomyślnie informacje (89,41% vs. 66,67%). Ponadto częściej twierdzili, że powinny być przekazywane w pełnym zakresie (88,24% vs. 72,97%) oraz że nie można odstąpić od tego na prośbę rodziny (69,41% vs. 54,05%). Większość badanych zadeklarowała, że chciałaby znać rozpoznanie i rokowanie, gdyby zachorowali na nieuleczalną chorobę (95,41%). Twierdzili również, że jest możliwe przekazanie informacji w taki sposób, aby nie odebrać pacjentom nadziei (92,35%), zaś poznanie prawdy może im pomóc (93,37%). Około połowa studentów medycyny zadeklarowała, że przeszła szkolenie w zakresie przekazywania niepomyślnych informacji (51,8%). 67% studentów medycyny uważa, że byłaby w stanie przekazać niepomyślnie informacje w odpowiedni sposób.

Wnioski

Przekazywanie niepomyślnych informacji jest elementem codziennej pracy wielu lekarzy, dlatego ważne jest, aby studenci medycyny nabywali odpowiednią wiedzę i umiejętności w tym zakresie w czasie studiów. Zwrócenie uwagi na oczekiwania chorych dotyczące komunikacji, pozwala na lepszą jakość opieki medycznej, zwłaszcza u pacjentów z rozpoznaniem poważnej lub nieuleczalnej choroby.

Rola leczenia operacyjnego u chorych z przerzutami do układu kostnego — przegląd literatury

Wstęp

Tkanka kostna jest trzecią co do częstości lokalizacją zmian przerzutowych u chorych na nowotwory. Metody leczenia operacyjnego skupiają się na możliwie długotrwałym, paliatywnym leczeniu przeciwbólowym i stabilizującym, poprawiając tym samym komfort życia pacjentów. Jednakże wraz z rozwojem leczenia onkologicznego i wydłużeniem czasu przeżycia chorych na nowotwory, zasadne jest nowe spojrzenie na leczenie przerzutów do układu kostnego.

Cel badania

Celem pracy jest podsumowanie aktualnej wiedzy z zakresu metod zabiegowych oraz przedstawienie wytycznych stosowanych w kwalifikowaniu pacjentów z przerzutami do kości (metastatic bone disease - MBD) do leczenia operacyjnego.

Metody

Przy pomocy słów kluczowych związanych z przerzutami do kości i leczeniem chirurgicznym przeszukano bazy PubMed, Scopus i Google Scholar. Przegląd publikacji, włączenie do badania i analizę pełnego tekstu przeprowadziło niezależnie trzech autorów. Dodatkowe pozycje literaturowe wyszukiwane były na podstawie bibliografii publikacji włączonych do badania.

Wyniki

Rozwój operacyjnych metod leczenia pacjentów z MBD przyczynił się do poprawy jakości życia i wydłużenia czasu przeżycia, zwłaszcza chorych na raka nerki lub raka tarczycy. Kluczowe znaczenie odgrywa prawidłowa kwalifikacja chorego do leczenia operacyjnego, poprzez dokładne określenie takich czynników jak: przewidywany czas przeżycia, ryzyko wystąpienia złamania patologicznego, czy ilość przerzutów. W przypadku kości długich najczęściej stosowanymi metodami są stabilizacja przy pomocy gwoździ śródszpikowych lub płyty. Obserwuje się jednak wzrost zainteresowania protezami modułarnymi, których zastosowanie pozwala na radykalne wycięcie zmian przerzutowych. W zmianach w obrębie kręgosłupa nastąpił znaczący rozwój metod małoinwazyjnych. Dzięki wprowadzeniu do ortopedii indywidualnie przygotowywanych implantów tzw. „*custom-made*”, możliwe stało się poprawienie wyników leczenia operacyjnego w obrębie miednicy.

Wnioski

Leczenie pacjentów z przerzutami do kości stanowi wyzwanie dla onkologów klinicznych, radioterapeutów i chirurgów ortopedów. Prawidłowa kwalifikacja pacjenta do zabiegu i właściwy dobór metody leczenia odgrywa kluczową rolę w wydłużeniu czasu oraz poprawie jakości życia chorego. Znajomość wytycznych przy diagnostyce i klasyfikacji pacjenta oraz najnowszych metod leczenia pozwoli zminimalizować ryzyko błędu i przyczyni się do skuteczniejszego leczenia MBD.

Rola drenażu dróg żółciowych w przebiegu raka wątrobowokomórkowego

Wstęp

Rak wątrobowokomórkowy (RW) jest szóstym co do częstości występowania i czwartą przyczyną zgonów wśród chorych na nowotwory na świecie. W przebiegu choroby zauważa się występowanie żółtaczki obturacyjnej (ŻO), będącej następstwem zaburzeń czynności wątroby, naciekania guza, a także wzrostu poziomu bilirubiny we krwi. Za wskazanie do wykonania drenażu dróg żółciowych uznaje się nasilenie żółtaczki lub zaburzenie czynności wątroby z rozszerzeniem wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych. Główne procedury drenażu stosowane u pacjentów z RW z ŻO to endoskopowy wsteczny drenaż żółci (EWDŻ) jako leczenie pierwszej linii oraz przeszłonny przezwątrobowy drenaż żółci (PPDŻ) stosowany u pacjentów, u których EWDŻ nie powiódł się, lub jest niemożliwy do wykonania.

Cel badania

Celem było przedstawienie aktualnych doniesień na temat metod drenażu wykonywanych u pacjentów z RW z ŻO oraz jakości ich życia.

Metody

Dokonano przeglądu bazy danych PubMed. Słowa kluczowe użyte podczas przeszukiwań to: *endoscopic biliary drainage*, *percutaneous biliary drainage*, *hepatocellular carcinoma*. Do końcowej analizy wykorzystano 11 artykułów.

Wyniki

Po pierwszej sesji stosowania drenażu dróg żółciowych można zauważyć zmniejszenie nasilenia żółtaczki na podstawie testów czynnościowych wątroby. Czas przeżycia chorych po zastosowaniu drenażu jest istotnie dłuższy w porównaniu z pacjentami bez wspomaganego leczenia paliatywnym. Powyższa analiza wykazała brak różnicy między PPDŻ a EWDŻ pod względem wskaźnika sukcesu terapeutycznego, powikłań oraz wycieku żółci dootrzewnowej. Badanie porównawcze wykazało, że przeżycie po EWDŻ było dłuższe w porównaniu z PPDŻ ze względu na wyższy wskaźnik skuteczności drenażu i dłuższy czas trwania drożności stentu w grupie pacjentów po EWDŻ.

Wnioski

EWDŻ jest istotnym elementem leczenia paliatywnego u pacjentów z zaawansowanym RW oraz żółtaczką obturacyjną. EWDŻ można wykonać bezpiecznie z wysokim odsetkiem powodzenia, ponadto może wydłużyć czas przeżycia pacjentów, także u chorych z oczekiwanym niekorzystnym rokowaniem. W praktyce klinicznej zalecany jest konkretny wybór PPDŻ lub EWDŻ na podstawie: lokalizacji niedrożności, celu drenażu oraz umiejętności przeprowadzenia drenażu w poszczególnych ośrodkach leczniczych.

Medyczne czynności ratunkowe — pomoc czy terapia daremna?

Wstęp

Istotą medycyny ratunkowej jest działanie na rzecz pacjenta w stanie ostrej choroby i nagłego zagrożenia życia, kiedy wymaga natychmiastowej, specjalistycznej pomocy na miejscu zdarzenia oraz zwykle transportu do placówki szpitalnej. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa, rozwojem chorób cywilizacyjnych oraz chorób przewlekłych i nieuleczalnych, mimo postępu medycyny, rośnie liczba pacjentów objętych opieką paliatywną. Przebywają oni nie tylko w szpitalach czy hospicjach stacjonarnych, ale również we własnych domach. To właśnie w opiece domowej medycyna ratunkowa najczęściej styka się z medycyną paliatywną.

Cel badania

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na problemy etyczne, w obliczu których może stanąć ratownik medyczny udzielający pomocy pacjentowi, znajdującemu się u kresu życia.

Wyniki

Standardowe procedury oraz wytyczne mogą okazać się niewystarczające, ponieważ nie dają jasnej i szczegółowej odpowiedzi na pytanie, jak należy postąpić. Każda decyzja powinna zostać podjęta w trosce o pacjenta tak, aby zapewnić mu jak najlepszy komfort życia w zaawansowanej fazie choroby.

Wnioski

Należy rozstrzygnąć, czy działania ratunkowe będą służyły dobru pacjenta, czy mogą być przyczyną dodatkowych cierpień chorego i będą nosiły znamiona terapii daremnej. Czy ratownik medyczny w okresie nauczania przeddyplomowego i doskonalenia zawodowego jest dostatecznie przygotowywany do podejmowania właściwych interwencji wobec pacjentów objętych opieką paliatywną?

Michał Materna, Adam Gędek, Marta Gędek
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zespół demoralizacji i depresja u chorych objętych opieką paliatywną

Wstęp

Stan zdrowia nie jest pojęciem równoznacznym z jakością życia. Opieka paliatywna ma na celu poprawę jakości życia pacjentów, którzy znajdują się w zaawansowanej fazie choroby. W ocenie jakości życia większą rolę odgrywa stan psychiczny, niż fizyczny. Jednym z czynników, który w znaczący sposób wpływa na jakość życia jest poczucie sensu życia.

Cel badania

Przedstawienie pojęcia demoralizacji w opiece paliatywnej i wskazanie różnic pomiędzy syndromem demoralizacji a depresją.

Metody

Do przygotowania pracy przeprowadzono analizę literatury przedmiotu. Przeszukano bazę Pubmed wykorzystując następujące słowa kluczowe: „*demoralization*”, „*palliative care*”, „*demoralization syndrome*”.

Wyniki

Demoralizacja w opiece paliatywnej oznacza utratę morale, które wiąże się ze wzrostem poczucia bezsensu, beznadziei i bezcelowości życia. Postuluje się uwzględnienie zespołu demoralizacji w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, jako zbiór określonych objawów stanowiących cel terapeutyczny. Demoralizacja może współwystępować z depresją lub być niezależna. Podczas, gdy zaburzenie depresyjne charakteryzuje się utratą odczuwania przyjemności (anhedonia), charakterystyczna dla zespołu demoralizacji jest utrata nadziei.

Wnioski

Odróżnienie zespołu demoralizacji od depresji pozwala nie tylko lepiej zrozumieć pacjentów odczuwających brak nadziei, lecz także odpowiednio zaplanować działania terapeutyczne, ukierunkowane na rzeczywiste problemy chorego. W przypadku zaburzeń depresyjnych konieczna może okazać się farmakoterapia, zaś w przypadku syndromu demoralizacji zaleca się wsparcie psychologiczne, w tym terapię skoncentrowaną na sensie. Dużą rolę w procesie leczenia odgrywa postawa samego lekarza.

SESJA STUDENCKA
— PRZYPADKI KLINICZNE

Ponad 3-letnie przeżycie u chłopca z rozsianym naczyniakomięsakiem serca — cud czy wyjątkowa skuteczność terapii?

Wstęp

W ostatnich latach odsetek dzieci wyleczonych z nowotworu wynosi około 80%. Wciąż jednak istnieje grupa nowotworów wieku dziecięcego, które charakteryzują się wybitnie niekorzystnym rokowaniem, szczególnie kiedy w momencie rozpoznania choroba jest uogólniona. Należy do nich między innymi angiosarcoma (AS), bardzo rzadki mięsak wywodzący się ze śródbłonna naczyniowego.

Opis przypadku

12-letni chłopiec z kilkudniowym wywiadem kaszlu, narastającej duszności i osłabienia, został przyjęty do Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii w sierpniu 2014 r. Badania obrazowe wykazały obecność rozległego guza wywodzącego się z prawego przedsionka serca, wypełniającego całkowicie worek osierdziowy oraz przerzuty do węzłów chłonnych śródpiersia i obu płuc. Z powodu masywnego wysięku w jamach opłucnowych, pacjent wymagał założenia obustronnego drenażu czynnego. Na podstawie biopsji przerzutu w płucu prawym rozpoznano AS. Poinformowano rodziców pacjenta o bardzo złym rokowaniu i wdrożono chemioterapię (CHT) według protokołu CWS dla rozsianych mięsaków tkanek miękkich. Chłopiec otrzymał kolejno trzy cykle CEVAIE, osiem kursów VAC + docetaxel oraz doustną CHT podtrzymującą. Dodatkowo stosowano terapię antyangiogenną, bewacyzumab. Uzyskano niemal całkowitą regresję nowotworu oraz dobrą jakość życia pacjenta przez 21 miesięcy. W maju 2016 rozpoznano wznowę miejscową AS. Kolejne linie CHT przyniosły stabilizację choroby, jednak w lutym 2017 wystąpiła masywna progresja nowotworu. Na podstawie przeglądu najnowszej literatury, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej GUMed oraz rodziców pacjenta, zastosowano 14 kursów niestandardowej chemioterapii metronomicznej (winblastyna i metotreksat) oraz propranolol. Poza początkowym okresem, tolerancja terapii była zadowalająca. Początkowo nastąpiła stabilizacja, później progresja choroby. W czerwcu 2017 r. zakończono leczenie cytostatykami, pacjent zmarł w sierpniu 2017, po 38 miesiącach od rozpoznania.

Wnioski

Radykalna terapia onkologiczna u dziecka z rozsianą chorobą nowotworową o bardzo niepomyślnym rokowaniu jest uzasadniona, dopóki uzyskiwana jest odpowiedź na leczenie i poprawa jakości życia.

U pacjentów z zaawansowanym, nieoperacyjnym AS niestandardowe leczenie z użyciem leków o właściwościach antyangiogennych może wydłużyć czas i poprawić jakość życia.

Katarzyna Surowiec, Judyta Byczek, Julia Sieczkowska, Justyna Sraga, Joanna Sułowska,
Ilona Kuźmicz, Ewa Kawalec-Kajstura
Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Planowanie opieki nad pacjentem z rozpoznanym nieniasieniakiem jądra z zastosowaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej

Wstęp

Rak jądra jest nowotworem o bardzo dobrym rokowaniu, około 80% chorych z rozsiałym nowotworem zostaje wyleczonych. Nieniasieniak jądra najczęściej występuje u mężczyzn w wieku 15–30 lat. W zaawansowanym stadium powoduje przerzuty do płuc, kości i mózgu. Pacjenci o złym rokowaniu, po wyczerpaniu możliwości terapeutycznych, mogą być obejmowani opieką paliatywną, której zasadniczym celem jest poprawa jakości życia.

Opis przypadku

W pracy wykorzystano metodę studium przypadku. Analiza dotyczyła 23-letniego pacjenta z rakiem jądra w ostatnich dniach jego życia, który po zdyskwalifikowaniu do leczenia systemowego z powodu uogólnionego rozsiewu, został objęty opieką hospicyjną. Przedstawiono 13 problemów zdrowotnych oraz plan opieki, które dotyczyły biopsychospołecznego funkcjonowania pacjenta. Główne problemy zdrowotne pacjenta związane były z obecnymi objawami choroby, takimi jak: ból, wymioty, duszność, niepokój psychoruchowy.

Wnioski

Jakkolwiek wykorzystana w pracy Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP[®], *International Classification for Nursing Practice*) udostępnia terminologię pozwalającą na opracowanie planu opieki nad pacjentem z zaawansowaną chorobą nowotworową w ostatnich dniach życia, życia, istnieje potrzeba systematycznego rozwoju terminologii, która zwiększy szansę na bardziej precyzyjne zdefiniowanie problemów pacjenta, a w konsekwencji umożliwi większe zindywidualizowanie opieki pielęgniarskiej.

Zastosowanie brachyterapii w leczeniu gruczolakoraka brodawki Vatera

Wstęp

Żółtaczka stanowi zespół objawów, do których należy żółtawe zabarwienie skóry i twardówek spowodowane przez odkładanie się bilirubiny w tkankach. Biorąc pod uwagę przyczyny żółtaczki, można wyróżnić trzy postacie — przedwątrobową, wewnątrzwątrobową i pozawątrobową, a każda z nich wiąże się z odmiennym obrazem klinicznym. Do przyczyn pozawątrobowej żółtaczki należą nowotwory trzustki i dróg żółciowych, które rozrastając się doprowadzają do mechanicznego zwężenia światła lub całkowitej blokady przewodów żółciowych. Raki brodawki Vatera są rzadkimi nowotworami, gdyż stanowią około 0,2% nowotworów przewodu pokarmowego.

Opis przypadku

Pacjentka w wieku 84 lat z rozpoznaniem raka gruczolowego brodawki Vatera została przyjęta do Kliniki Gastroenterologii w listopadzie 2019 roku, gdzie wykonano endoskopową cholangiopankreatografię wsteczną (ECPW), stwierdzając obszerny naciek nowotworowy brodawki. W czasie badania dokonano wymiany protez żółciowych oraz implantację cewnika nosowo-żółciowego do brachyterapii. Przed dwoma laty chora została przyjęta do szpitala z powodu żółtaczki, świądu skóry i odbarwienia stolca. Poziom bilirubiny całkowitej we krwi wyniósł 8,1 mg/dl, w wykonanym badaniu USG obecne były cechy cholestazy, a badaniu tomografii komputerowej (TK) i endoskopowej ultrasonografii (EUS) stwierdzono guz brodawki Vatera. W czasie ECPW pobrano wycinki do badań histopatologicznych i założono protezy żółciowe. Ze względu na lokalizację zmiany zastosowano leczenie endoskopowe. Od tego czasu pacjenta była kilkakrotnie hospitalizowana celem wymiany protez żółciowych.

Wnioski

Rosnący guz utrudniający odpływ żółci przyczynia się do występowania niekorzystnych objawów związanych z odkładaniem się bilirubiny w tkankach. W paliatywnej terapii tego nowotworu istotne jest umożliwienie drenażu dróg żółciowych. Brachyterapia, choć jest rzadko wykorzystywaną metodą leczenia stanowi szansę na poprawę stanu pacjentów i zmniejszenie natężenia objawów.

Problemy kliniczne związane z dysfagią po 19 latach od zakończonego leczenia onkologicznego

Wstęp

Zaburzenia połykania, jako dominujący objaw, występują u 15,4% chorych na nowotwory złośliwe, leczonych z założeniem paliatywnym, utrudniają odżywianie i leczenie preparatami doustnymi, obniżając jakość życia pacjentów i wpływając negatywnie na efekty terapii. Główną przyczyną dysfagii jest naciek nowotworowy w obrębie przewodu pokarmowego lub efekt masy, ponadto przyczyną mogą być powikłania leczenia onkologicznego (radioterapii, chirurgii, chemioterapii).

Opis przypadku

Opisywany pacjent to mężczyzna urodzony w 1951 roku, leczony radykalnie w 2000 roku z powodu raka migdałka podniebiennego — operacyjnie oraz z zastosowaniem radiochemioterapii, uzyskano całkowitą remisję. W październiku 2019 roku wystąpiła dysfagia, która ulegała nasileniu, interpretowana jako popromienne zwłóknienie oraz zwężenie początkowego odcinka przełyku. Diagnostyka endoskopowa wykazała również dysplazję śródnabłonkową wysokiego stopnia, opisaną jako wtórną do przebytej radioterapii. Wykonano koagulację zmiany, która okazała się nieskuteczna. Kolejno pobrane wycinki potwierdzały obecność komórek raka płaskonabłonkowego p16(+) * HPV(+). Przy braku możliwości leczenia chirurgicznego zaproponowano zastosowanie radioterapii paliatywnej. W związku z wysoką dawką promieniowania podaną uprzednio w tym obszarze podjęto próbę leczenia brachyterapią. Podczas podania pierwszej frakcji brachyterapii stan ogólny chorego był niezadowolający. Pacjent nie przyjmował pokarmów ani płynów od ponad 24 godzin. Pierwszą dawkę brachyterapii podano wprowadzając źródło irydowe poprzez założony uprzednio zgłębnik nosowo-żołądkowy. Następnie pacjenta przeniesiono do Kliniki Chirurgii Onkologicznej, gdzie po kilku dniach żywienia parenteralnego wykonano zabieg gastrostomii. Dolegliwości chorego uległy częściowej redukcji. Kolejnej frakcji brachyterapii nie podano, ze względu na nieudane kilkukrotne próby założenia aplikatora. Zrezygnowano z leczenia miejscowego, pacjenta skierowano na oddział Chemioterapii Diennej. W trakcie chemioterapii paliatywnej wykonano tomografię komputerową, która wykazała obecność przetoki przełykowo-chawiczej w lokalizacji uniemożliwiającej założenie stentu. W związku z pogorszeniem stanu chorego, ryzykiem działań niepożądanych przewyższającym możliwe korzyści chemioterapii, zakończono leczenie systemowe.

Wnioski

Opisany przypadek pacjenta przedstawia kilka problemów klinicznych obejmujących wystąpienie kolejnego ogniska nowotworu i działania niepożądane leczenia przeciwnowotworowego. Istotną rolę odgrywa uwzględnienie wpływu leczenia na jakość życia pacjenta podczas stosowania terapii onkologicznej i po jej zakończeniu.

Leczenie biologiczne szansą na poprawę jakości życia w rzadkim raku gruczołowo-torbielowatym

Wstęp

Rak gruczołowo-torbielowaty (adenocarcinoma cysticum) jest rzadko występującym nowotworem typu śliniankowego. Lokalizacja pierwotna guza w płucach jest kazuistyczna i odpowiada za jedynie 0,04–0,2% wszystkich nowotworów płuc. Podstawową formą leczenia jest operacyjne wycięcie guza, jednak masywny naciek na sąsiadujące struktury powoduje dyskwalifikację pacjenta z zabiegu. Brak jest wytycznych dotyczących dalszego paliatywnego postępowania z pacjentem.

Opis przypadku

27-letnia kobieta zgłosiła się do lekarza w celu diagnostyki krwiopłucia nawracającego od trzech lat. Pacjentka skarżyła się na stopniowe pogorszenie tolerancji wysiłku i duszność. Badanie laryngologiczne nie wykazało nieprawidłowości i miejsca krwawienia. W badaniu tomograficznym klatki piersiowej uwidoczono zmianę guzową wnęki prawego płuca z limfadenopatią śródpiersia. Guz modelował prawą tętnicę płucną, powodując niedrożność oskrzela do płata dolnego prawego, która spowodowała jego niedodmę. Przeprowadzone badanie bronchofiberoskopowe pozwoliło ocenić zamknięcie wejścia do oskrzela głównego prawego na poziomie 90%. Pobrane zostały wycinki do badań histopatologicznych. Ich wynik wskazywał na raka gruczołowo-torbielowatego. W celu zaproponowania najlepszego leczenia rozszerzono diagnostykę. Ultrasonografia endoskopowa wykazała lity naciek obejmujący tętnice oraz żyłę płucną prawą, ujście żyłne lewego przedsionka serca i jego przednią ścianę. Uznano, iż zmiany w obrębie naczyń i serca dyskwalifikują pacjentkę z zabiegu operacyjnego. Rzadkość występowania danego nowotworu skutkowałą brakiem standardu postępowania. Uwzględniając aktualny stan wiedzy oraz wyniki badania genetycznego, stwierdzono, że chora uzyska największe korzyści z paliatywnej terapii imatynibem. Po półtora roku przyjmowania leku, kontrolne badania obrazowe wykazują stabilny obraz guza płuca prawego.

Wnioski

Imatynib zapewnił stabilizację choroby (brak zmiany wielkości guza), ustąpienie krwiopłucia, zwiększenie wydolności oddechowej, zwłaszcza po wysiłku i ogólną poprawę samopoczucia. W celu oceny skuteczności leków biologicznych stosowanych w leczeniu chorych z rozpoznaniem ACC z pierwotną lokalizacją w płucach, niezbędne jest przeprowadzenie dalszych badań klinicznych.

