

Medyczne problemy pacjentów z chorobą nowotworową w wieku podeszłym

Medical problems of elderly patients with neoplastic diseases

ALINA JAREMA

Z Kliniki Radioterapii PAM w Szczecinie

STRESZCZENIE. Pacjenci w podeszłym wieku cierpiący z powodu choroby nowotworowej są w szczególnej trudnej sytuacji. Trudna jest sytuacja psychologiczna związana z rozpoznaniem nowotworu. Badania diagnostyczne i leczenie są bardzo agresywne. Dlatego chorzy w podeszłym wieku wymagają nie tylko specjalnego podejścia, ale też pewnych odmienności postępowania i ustalenia na podstawie badań klinicznych postępowania najbardziej właściwego.

SUMMARY. Elderly patients suffering from a neoplastic disease are in a particular plight. Their psychological situation due to the diagnosed malicious disease is extremely difficult. Diagnostic examinations and treatment are very invasive, and therefore these patients need not only a special approach, but also in their case some changes should be introduced and the most appropriate treatment based on clinical research should be worked out.

Słowa kluczowe: choroby nowotworowe / wiek podeszły
Key words: neoplastic diseases / old age

Podeszły wiek zmienia reakcję organizmu na czynniki chorobotwórcze, a powszechnie stosowane kryteria diagnostyczne bywają zawodne. Dotyczy to także chorób nowotworowych. W Polsce obserwuje się stały wzrost zgonów z powodu nowotworów złośliwych [1, 5, 6], co wiąże się m.in. z większą liczebnością i starzeniem się populacji i wzrostem ilości czynników rakotwórczych. U osób powyżej 65 r.ż. występuje prawie połowa nowych zachorowań na nowotwory, a więc wiek jest głównym czynnikiem ryzyka, dalej długotrwałe ekspozycje na czynniki rakotwórcze i uwarunkowania genetyczne.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż biologia komórek nowotworowych ludzi młodych i starszych nie różni się w sposób zasadniczy. Z wiekiem zmienia się zachorowalność na nowotwory, u mężczyzn w wieku 30–60 lat najczęściej występuje rak płuca, żołądka i krtani, a po 60 r.ż. – rak płuca, żołądka i gruczołu krokowego, natomiast

u kobiet odpowiednio – rak sutka i szyjki macicy, a w wieku późniejszym – rak sutka, płuca i żołądka [6]. Smith przeprowadził badanie prospektywne umieralności chorych z powodu nowotworu w grupach wiekowych co 5 lat w przedziale 80–100 lat i stwierdził, że umieralność w grupie powyżej 100 lat wynosi jedynie 4% [3].

W 1994 r. Królewskie Kolegium Lekarskie w Wielkiej Brytanii ogłosiło raport, w którym stwierdza, że niektórym starym ludziom odmawia się leczenia ratującego życie, ponieważ oddziały intensywnej opieki kardiologicznej i medycznej często nie przyjmują chorych powyżej określonego wieku, najczęściej powyżej 75 r.ż. Autorzy Raportu apelują do osób odpowiedzialnych za tworzenie rynku usług medycznych, aby wykazały więcej współpracy z ich odbiorcami w trakcie kształtowania struktury opieki zdrowotnej. Przypominano, że połowa rządowych wydatków na ochronę zdrowia i opiekę społeczną

została w latach 1989–1993 skonsumowana przez populację osób powyżej 65 r.ż.

Problemy diagnostyczne

Najczęściej występujące dolegliwości bywają traktowane jako symptomy wieku, a więc pewnego rodzaju prawidłowość. Badanie przedmiotowe często jest utrudnione, ponieważ osoby w podeszłym wieku podają dużo skarg związanych z wieloma dolegliwościami z różnych narządów, co utrudnia lekarzowi pierwszego kontaktu wyodrębnienie objawów będących oznakami choroby nowotworowej, dalej zaburzenia mowy i pamięci, które towarzyszą chorobom naczyniowym w centralnym układzie nerwowym, a także pacjenci nie podają niektórych dolegliwości, ponieważ traktują je jako objaw związanych z ich wiekiem lub nawet ukrywają – z powodu lęku przed uciążliwymi i agresywnymi badaniami diagnostycznymi, rozpoznaniem, a w konsekwencji przed leczeniem. Diagnostyka i leczenie u ludzi w wieku podeszłym jest często utrudnione z powodu współistnienia innych przewlekłych chorób, np. układu krążenia, oddychania, cukrzycy, układu ruchu, a również odmowy badań ze strony pacjenta.

W starszych grupach wieku z reguły nie stosuje się badań przesiewowych. Współistnienie innych schorzeń utrudnia nie tylko diagnostykę, leczenie, ale też ocenę wyników leczenia onkologicznego, ponieważ nie są prowadzone prospektywne badania randomizowane w tych grupach wiekowych, dlatego dobór odpowiedniej terapii oparty jest raczej na intuicji lekarza niż na racjonalnym podejściu do choroby.

Problemy lecznicze

Pacjenci w starszym wieku często chorują na nowotwory, w leczeniu których najlepsze wyniki daje leczenie chirurgiczne, jednak jest ono często ograniczone z powodu niemożności zastosowania odpowiedniego postępowania anestezyjologicznego, jak i leczenia operacyjnego, co zmniejsza szansę wyleczenia. Z Rejestru Nowotworów w Warsza-

wie wynika, iż do 55 r.ż. ponad połowa chorych (55%) jest operowana radykalnie, a po 75 r.ż. niecała 1/5 chorych (17%) [4]. Podobne dane podają autorzy opracowań angielskich i amerykańskich [2]. Przy wyborze metody leczenia i przy podejmowaniu decyzji o leczeniu radykalnym zawsze należy indywidualnie analizować każdy przypadek oraz uwzględniać jakość życia i osobiste decyzje chorego. Szczególnie jest to ważne w rozległych i okaleczających zabiegach, np. jelita grubego z wytworzeniem sztucznego odbytu, krtani czy pęcherza moczowego. Zatem u osób w podeszłym wieku leczenie chirurgiczne powinno być uzależnione od stanu chorego, a nie jego wieku.

Radioterapia jest stosowana stosunkowo często u ludzi starszych, ponieważ nie ma zasadniczych przeciwwskazań do tej metody leczenia. Jednak proponowane dawki promieniowania, obszary napromienianych tkanek i ich objętość powinny być tak skalkulowane, aby uzyskać najlepszy efekt terapeutyczny przy najmniejszych uszkodzeniach popromiennych. Ponieważ osoby w podeszłym wieku cierpią na wiele innych schorzeń, które utrudniają swobodne poruszanie się, a wiadomo, że zabiegi radioterapeutyczne w większości są wykonywane w warunkach ambulatoryjnych, z powodu małej ilości łóżek szpitalnych, stąd niezwykle ważnym problemem jest zwykle codzienne dowożenie chorych na zabiegi, które bardzo często są prowadzone przez kilka tygodni.

Chemioterapia u ludzi starszych jest stosowana również z ograniczeniami, ponieważ częściej w tej grupie są obserwowane objawy uboczne cytostatyków, dlatego niekiedy zmniejsza się dawki podawanych leków lub też rezygnuje z leczenia. Toksyczne objawy chemioterapii – to: utrata włosów, z którą chorzy godzą się z trudem, kardiotoxyczność, która z współistnieniem chorób krążenia utrudnia podanie nie tylko odpowiedniej dawki leku, ale też właściwego chemioterapeutyku, leukopenia, zapalenie żył, nudności i wymioty prowadzące do zaburzeń wodno-elektrolitowych, parestezje, zapale-

nie jamy ustnej. Wybór odpowiedniego schematu leczenia, dobór cytostatyków i ich dawek jest niezwykle trudny, ponieważ w klinice onkologicznej badania farmakokinetyczne u pacjentów w podeszłym wieku prowadzone są bardzo rzadko.

Hormonoterapia ma znaczącą rolę w terapii u chorych leczonych z powodu nowotworu, szczególnie w przypadkach raka gruczołu piersiowego, trzonu macicy i gruczołu krokowego.

Chorzy ponadto wymagają leczenia przeciwbólowego, szczególnie w okresach uogólnienia procesu chorobowego.

Ta więc, pacjenci oczekują od personelu medycznego właściwego rozpoznania i terapii choroby nowotworowej. Wiadomo jednak, że osoby po 65 r.ż. uzyskują gorszy skrining, wystopniowanie jest mniej precyzyjne, a leczenie mniej agresywne lub w ogóle nie jest ono podejmowane. Przy wyborze leczenia należy brać pod uwagę skuteczność terapii (odsetek odpowiedzi), czas przeżycia, toksyczność leczenia i jakość życia. Zatem musi być zachowana równowaga między postępowaniem specjalistycznym i możliwie najmniejszymi jego objawami toksycznymi.

Zaburzenia psychiczne

U osób starszych cierpiących na choroby nowotworowe mogą występować zaburzenia psychiczne. Czynniki sprzyjające tym zaburzeniom można podzielić na dwie grupy: biologiczne – obniżenie ogólnej sprawności psychofizycznej, zmiany wsteczne w centralnym układzie nerwowym i innych narządach, spadek odporności komórkowej i humoralnej, zmniejszona odporność na ból i psychologiczne oraz psychologiczne – poczucie mniejszej wydolności ogólnej, poczucie uzależnienia od opieki innych osób, przebyte doświadczenia chorobowe własne, bliskich, świadomość bliskości kresu życia i postawy rezygnacyjne.

Wymienione czynniki mają bezpośredni wpływ na świadomość choroby nowotworowej. Jej rozpoznanie może prowadzić do reakcji paniki, rezygnacji lub wyparcia. Wszystkie te postawy wymagają umiejętnego, wielodyscyplinowego podejścia. Konieczna jest ścisła współpraca onkologa, psychiatry i psychologa. Zawsze oczekiwana u pacjentów, jest postawa aktywnej walki z chorobą, niezwykle pomocna w prowadzeniu właściwej terapii.

Oprócz wysokospecjalistycznej terapii onkologicznej pacjenci wymagają leczenia wspomagającego, szczególnie przeciwłękowego (najczęściej są stosowane pochodne benzodiazepiny, małe dawki neuroleptyków) i przeciwdepresyjnego (klasyczne leki trójpierścieniowe i serotoninowe). W przypadku farmakoterapii wspomagającej należy pamiętać o objawach ubocznych tego leczenia, ponieważ takie same niekorzystne objawy może powodować terapia onkologiczna (np. kardiotoxyczność). Nie należy również zapominać o problemie uzależnień.

PIŚMIENNICTWO

1. Ochocki A.: Trwanie życia i umieralność według przyczyn w 1992 roku. GUS, Warszawa 1993.
2. Samet J.: Choice of cancer therapy varies with age of patients. *JAMA* 1986, 255, 338.
3. Smith D.W.E.: Cancer mortality at very old ages. *Cancer* 1996, 77, 7, 1367–1372.
4. Wronkowski Z.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Regionie Warszawskim. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1993.
5. Wronkowski Z., Chmielczyk W., Zwierko M., Romejko M.: Epidemiologia nowotworów w Polsce. *Medycyna* 2000, 45/46, 5–10.
6. Zatoński W.A.: Nowotwory złośliwe w Polsce. *Wiedza i Życie*, 1993.