

## Opieka nad chorym z zaawansowanym nowotworem języka – opis przypadku

### *Patient care with advanced tongue cancer – case report*

Eleonora Mess<sup>1</sup>, Agata Zwierzyńska<sup>1</sup>, Maciej Ornat<sup>2</sup>, Bartosz Jerczak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób przy Katedrze i Zakładzie Higieny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

### Streszczenie

**Wstęp:** Nowotwory jamy ustnej stanowią 30% wszystkich nowotworów złośliwych głowy i szyi. Celem pracy jest przedstawienie problemu opieki paliatywnej i oceny jakości życia pacjenta z nowotworem języka.

**Studium przypadku:** Chory w 2011 r. zgłosił się do Centrum Onkologii w Opolu. Został objęty opieką Hospicjum Ziemi Kluczborskiej św. Ojca Pio w Byczynie. Stan zdrowia chorego oceniono przy użyciu ankiety uwzględniającej przebieg choroby, ocenę natężenia bólu w skali VAS, ESAS, Tursky'ego, Memorial Pain Assessment Card oraz poziom aktywności fizycznej w skali Karnofsky'ego. Pacjent zmarł w 2015 r. na skutek powikłań związanych z rozpadem guza języka.

**Wnioski:** W analizie stanu zdrowia chorego ból całkowity, zmiany oraz suchość w jamie ustnej stanowiły najpoważniejsze problemy medyczne.

**Słowa kluczowe:** stan terminalny, rak języka, opieka paliatywna.

### Abstract

**Introduction:** Oral cancers are 30% of head and neck cancers. The aim of the study is to present the issue of palliative care and quality of life of the patient with tongue cancer.

**Case study:** Patient had been hospitalized in 2011 in Oncology Center in Opole. Afterwards was taken into care in St. Pio's Father hospice in Byczyna. The patient's condition was estimated by questionnaire. It contained description of disease progression, estimation of intensity of pain in VAS, ESAS, Tursky, Memorial Pain Assessment Card scale and assessment of physical activity in Karnofsky scale. Patient died in 2015 due to complications associated with cancer.

**Conclusions:** Analyze of patient's condition revealed that total pain, dryness of the mouth and oral lesions were the most important medical problem. Quality of life, estimated by patient, was good.

**Key words:** terminal state, oral cancer, palliative care.

### Adres do korespondencji

dr n. med. Eleonora Mess, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, e-mail: eleonora.mess@umed.wroc.pl

### WSTĘP

Nowotwory umiejscowione w obrębie jamy ustnej stanowią 30% wszystkich złośliwych nowotworów zarówno głowy, jak i szyi. Wśród licznych czynników predysponujących do wystąpienia tych nowotworów szczególną uwagę należy zwrócić na palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu. Ich działanie jest synergistyczne i najsilniej wpływa na rozwój raków

płatkonabłonkowych głowy i szyi (*head and neck squamous cell carcinoma* – HNSCC) [1, 2]. Jedną z możliwych lokalizacji nowotworu jest język.

W wypadku stwierdzenia w wywiadzie używania tytoniu i mocnego alkoholu należy wziąć pod uwagę, że bliskie relacje pacjenta z ludźmi mogą być silnie naruszone. W tym kontekście bardzo ważne jest zapewnienie choremu i jego rodzinie odpowiedniej opieki psychospołecznej.

U pacjentów choroba oraz jej leczenie mogą spowodować zniekształcenie ciała oraz problemy w komunikowaniu się. Trudności w spożywaniu pokarmów oraz ograniczenie podstawowych funkcji życiowych, takich jak oddychanie, może być przyczyną znacznych strat psychologicznych u pacjenta. U ponad połowy pacjentów w zaawansowanym stadium choroby rozpoznaje się depresję, a ryzyko zachowań samobójczych jest znacznie wyższe niż w innych rakach [1, 2].

Płaskonabłonkowy rak jamy ustnej (*oral squamous cell carcinoma* – OSCC) jest najczęściej występującym nowotworem w okolicy jamy ustnej oraz gardła, stanowi 3% wszystkich raków stwierdzanych u płci męskiej. Rak ten częściej dotyczy płci męskiej oraz osób starszych [3].

Rak płaskonabłonkowy zlokalizowany na języku może dawać przerzuty do węzłów chłonnych, które mogą zająć obie ich strony, a także do węzłów podżuchwowych i szyjnych w zależności od jego umiejscowienia. Leczenie niewielkich zmian (G1) opiera się na częściowej resekcji języka wraz z guzem lub z zastosowaniem brachyterapii. Leczenie zmian w stopniu G2 do G3 polega na hemiglostektomii wraz z usunięciem węzłów chłonnych i zastosowaniu radioterapii [4].

## STUDIUM PRZYPADKU

Chory, 58 lat, zgłosił się do Opolskiego Centrum Onkologii z powodu zaawansowanego raka języka obejmującego boczną powierzchnię języka po stronie lewej (rozpoznanie – *carcinoma planoepitheliale keratodes*, stopień G2). Chory w momencie postawienia diagnozy odczuwał silny ból promieniujący do lewej strony żuchwy. Badanie tomografii komputerowej głowy z podaniem kontrastu wykazało niejednorodną strukturę języka. Pacjenta zaklasyfikowano do grupy wysokiego ryzyka z powodu wieloletniego niktynizmu oraz nadużywania alkoholu.

Pierwszym etapem zastosowanego leczenia była radioterapia paliatywna. Pomimo podstawowych, krótkotrwałych dolegliwości, takich jak biegunka oraz nudności i wymioty, chory dobrze znosił leczenie. Pacjent przeżył zawał ściany dolnej serca z uniesieniem odcinka ST, z którego powodu wykonano koronarografię i angioplastykę tętnic wieńcowych.

Po ustaleniu rozpoznania założono przezskórną endoskopową gastrostomię (PEG). Początkowo pacjent był żywiony mieszankami papkowatymi, następnie otrzymywał mieszanki przemysłowe refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kolejny etap leczenia polegał na wdrożeniu drugiej serii radioterapii paliatywnej.

Pacjent przez cały okres choroby mieszkał w bloku z żoną i córką, jego sytuacja społeczno-material-

na była dobra. Od momentu rozpoznania choroby pozostawał pod stałą opieką domowego Hospicjum Ziemi Kluczborskiej św. Ojca Pio w Byczynie.

W kwietniu 2015 r., po 4 latach od rozpoznania choroby, pacjent z powodu silnego krwotoku z jamy ustnej oraz wytworzenia przetoki policzkowej w wyniku rozpadu guza został przewieziony na oddział opieki paliatywnej w Namysławie, gdzie zmarł w wieku 62 lat.

Analizy oceny stanu chorego dokonano na podstawie ankiety przeprowadzonej za zgodą Komisji Bioetyki (nr 736/2011), składającej się z pytań dotyczących czterech obszarów:

- jednostki chorobowej pacjenta,
- oceny natężenia bólu wg różnych skal,
- zbiorczej uproszczonej oceny stanu chorego i efektywności opieki,
- danych personalnych pacjenta.

## Dane uzyskane z drugiej części ankiety

1. Według skali VAS (*Visual Analogue Scale*) natężenie bólu odczuwanego przez pacjenta w skali od 1 do 10 wynosi 5, co charakteryzuje ból umiarkowany.

2. Na podstawie skali ESAS, która służy do oceny nasilenia różnych objawów, stwierdzono, że:

- aktywność pacjenta jest uzależniona od nasilających się dolegliwości bólowych – im większe jest natężenie bólu, tym aktywność fizyczna się zmniejsza,
- nudności występują u chorego głównie po spożyciu słodkich produktów,
- przygnębienie pacjenta jest odczuwane w sposób umiarkowany,
- lęk u pacjenta wg skali ESAS oceniono na 7, czyli jest nasilony,
- uczucie senności pacjent ocenił jako umiarkowane,
- pacjent jest żywiony za pomocą PEG,
- samopoczucie chorego wg skali oceniono na 7, czyli ma charakter umiarkowany,
- duszność u pacjenta występuje głównie na skutek nasilenia dolegliwości bólowych,
- pacjent nie podał innych objawów.

3. Według *Memorial Pain Assessment Card* ulga w bólu jest oceniana przez chorego na 5, czyli ma charakter umiarkowany, a niemalże całkowita ulga w bólu następuje u pacjenta, kiedy ma założony plaster przeciwbólowy.

4. Według skali Tursky'ego ból odczuwany przez chorego ma charakter umiarkowany oraz jest zauważalny.

5. Według skali Karnofsky'ego pozwalającej określić stan ogólny i jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową, w tym wypadku kwalifikowanego do radioterapii, stopień sprawności chorego oceniono

**Tabela 1.** Obszar fizyczny

Objaw	Słabo nasilony	Przeciętnie nasilony	Bardzo nasilony
ból – tył głowy			X
ból – cała głowa			X
trudności ze snem	X		
brak apetytu	X		
nudności, wymioty	X		
zaparcia	X		
biegunka	X		
zgaga, odbijanie	X		
czkawka	X		
wzdęcia		X	
zmiany w jamie ustnej			X
suchość w ustach			X
duszność	X <sup>1</sup>		
kaszel		X	
trudności w oddawaniu moczu	X		
częstomocz, skąpomocz	X		
obrzęki	X		
odleżyny	X		
zmęczenie, znużenie		X	
brak energii, osłabienie		X	
trudności w koncentracji		X	

<sup>1</sup>Duszność była nasilana przez dolegliwości bólowe, ustąpienie bólu na skutek terapii wiązało się ze znacznym zmniejszeniem odczuwanej duszności.

**Tabela 2.** Obszar psychiczny

Objaw	Słabo nasilony	Przeciętnie nasilony	Bardzo nasilony
drażliwość, irytacja		X	
martwienie się		X	
depresyjny nastrój		X	
nerwowość		X	
poczucie beznadziejności		X	
napięcie „wewnętrzne”		X	
lęk		X	
zaburzenia świadomości	X		
zaburzenia otępienne	X		
główny objaw najbardziej dokuczliwy dla chorego – ból			X

na 60%, co oznacza, że wymaga on okresowej opieki przy zachowanej zdolności do samoobsługi.

### Dane uzyskane z trzeciej części ankiety

Dane dotyczące obszaru fizycznego przedstawiono w tabeli 1.

Dane dotyczące obszaru psychicznego przedstawiono w tabeli 2.

Analiza wyników ankiety oceniającej poziom jakości życia wykazała, że chory ocenia swoje odczucia oraz jakość życia przeważnie jako dobre.

### DYSKUSJA

Badania przeprowadzone przez inny zespół wykazały, że niemal 75% pacjentów z rakiem języka w wyniku podjętej terapii było zdolnych do kontynuowania wykonywanej pracy, a choroba nie ograniczała ich zdolności do prowadzenia dotychczasowego trybu życia [5]. Pacjent w ankiecie określał poziom odczuwanego bólu jako umiarkowany (VAS = 5). Ból był na tyle istotny, że uzależniona od niego była możliwość podejmowania aktywności fizycznej, oraz wpływał on bezpośrednio na poziom odczuwanej duszności. Odczuwany przez pacjenta umiarkowany ból był na tyle nasilony i dotkliwy, iż nie był możliwy do zignorowania, był zauważalny, a przez to wpływał negatywnie na zdolność wykonywania codziennych czynności. Całkowitą ulgę przynosiło dopiero zastosowanie analgezji, do której wykorzystano przezskórną metodę podawania opioidowych leków przeciwbólowych.

W fachowej literaturze wśród częstych objawów towarzyszących nowotworom narządów głowy i szyi wymienia się przede wszystkim zaburzenia oddychania, mowy oraz odżywiania. Warto zwrócić uwagę, iż zniekształcenia i ubytki zmienionego chorobowo narządu mają zwykle bardzo niekorzystny wpływ na stan zdrowia psychicznego pacjenta [6]. Uzyskane wyniki pozostają w zgodzie z przytoczonymi danymi. Pacjenta z powodu rozległego nacieku nowotworowego raka języka poddano żywieniu pozajelitowemu, towarzyszący umiarkowany ból powodował subiektywne odczucia w postaci duszności, a sam chory skarżył się na umiarkowanie odczuwaną drażliwość, irytację oraz nasilony lęk.

Pacjenci w zaawansowanym stadium klinicznym raka języka mają istotne problemy ze spożywaniem pokarmu. Czas trwania posiłku jest u nich znaczenie wydłużony, nie czerpią oni przyjemności z konsumowanych pokarmów i pozostają obojętni na walory smakowe spożywanych produktów. U ponad połowy osób występują kaszel, dławienie, krztuszenie, zarówno przy przyjmowaniu pokarmów stałych, jak i płynów, a także problemy z produkcją śliny,

która jest gęsta i utrudnia obróbkę mechaniczną spożywanego pokarmu [7]. Wyniki niniejszej pracy pokazują, że bardzo nasilonymi objawami, na które skarżał się pacjent, były suchość oraz zmiany w jamie ustnej. Pacjent nie skarżał się na brak apetytu, zgagę, czkawkę, odbijanie czy nudności i wymioty. Warto dodać, że pacjent od 2011 r. był karmiony za pomocą PEG, co pozwalało na uniknięcie wielu nieprzyjemnych doznań związanych z przyjmowaniem i żuciem posiłków stałych, stanowiących istotny problem dla wielu pacjentów z rakiem języka [7].

Chory skarżał się na towarzyszące przygnębienie oraz umiarkowaną senność, a poziom lęku towarzyszącego chorobie nowotworowej i sytuacji zdrowotnej chorego oceniano jako nasilony, co prawdopodobnie związane było z umiarkowaniem nasilonym bólem odczuwanym przez pacjenta.

Samopoczucie mężczyzny było umiarkowanie dobre, co odbiegało nieznacznie od powyżej przytoczonych relacji pacjenta, a mogło być związane z fachową pomocą udzieloną w trakcie leczenia oraz z poziomem opieki zapewnionej przez hospicjum domowe św. Ojca Pio.

Najistotniejszymi czynnikami obniżającymi jakość życia chorych z rakiem języka leczonych chirurgicznie oraz z wykorzystaniem radioterapii były przede wszystkim objawy ściśle związane z samą chorobą, takie jak problemy z połykaniem, żuciem, mową, odczuwaniem smaku, produkcją śliny oraz szpecący wynik glossektomii [8]. Na podstawie udzielonych przez pacjenta odpowiedzi można wywnioskować, że bardzo nasilone objawy także dotyczyły przede wszystkim samej jednostki chorobowej, natomiast mierne dolegliwości przeważnie były związane z ogólnym samopoczuciem. W obszarze psychicznym pacjent przeciętnie tolerował objawy drażliwości, zmartwienia, irytacji, napięcia, depresyjności oraz poczucie beznadziejności, nie miał zaburzeń psychicznych, a wsparcia udzielali mu pracownicy domowego hospicjum św. Ojca Pio w Bieczynie oraz rodzina.

Pomimo negatywnych aspektów choroby, nasilenia odczuwanego bólu oraz miernie tolerowanych negatywnych objawów psychicznych towarzyszących chorobie nowotworowej pacjent oceniał jakość życia przeważnie jako dobrą, co było zaskakującym oraz zadowalającym wynikiem, świadczącym o jakości świadczonej opieki medycznej oraz skutecznej terapii przeciwbólowej.

2. Stan zdrowia chorego i odczuwany ból nie pozwalały na wykonywanie codziennych czynności i skłaniały do stałej opieki nad pacjentem.

3. Chory skarżył się na silnie nasilone objawy suchości w jamie ustnej, a także miernie nasilone objawy wzdęcia, kaszlu, braku energii, znużenia i trudności w koncentracji.

4. Chory odczuwał miernie nasiloną duszność, która ustępowała po skutecznym leczeniu przeciwbólowym.

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENNICTWO

1. Watson MS, Lucas CE, Hoy AM i wsp. Opieka paliatywna. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007; 341-343.
2. Jesionek-Kupnicka D. Nowotwory jamy ustnej i gardła środkowego. W: Onkologia dla stomatologów. Jezierski A (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006.
3. American Cancer Society (2014) Cancer Facts & Figures 2012. Pobrano z: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf> (dostęp 29 sierpnia 2015 r.).
4. Lewandowski L. Onkologia szczękowo-twarzowa – wybrane zagadnienia kliniczne. Wydawnictwo UM im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2008.
5. Harrison L, Zelefsky M, Pfister D i wsp. Detailed quality of life assessment in patients treated with primary radiotherapy for squamous cell cancer of the base of the tongue. *Head Neck* 1997; 19: 169-175.
6. Kawecki A, Nawrocki S. Nowotwory nabłonkowe narządów głowy. W: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Tom 1. Krzakowski M, Warzocha K (red.). VM Media, Gdańsk 2013; 1-32.
7. Costa-Bandeira A, Azevedo E, Vartanian J i wsp. Quality of life related to swallowing after tongue cancer treatment. *Dysphagia* 2008; 23: 183-192.
8. Agarwal S, Munjal M, Koul R, Agarwal R. Prospective evaluation of the quality of life of oral tongue cancer patients before and after the treatment. *Ann Palliat Med* 2014; 3: 238-243.

## WNIOSKI

1. Głównym objawem towarzyszącym opiece paliatywnej nad chorym był ból, przede wszystkim fizyczny, ale również psychiczny.