

Choroby współistniejące z chorobą nowotworową u osób objętych domową opieką paliatywną

Tumour-related co-morbidities in patients receiving palliative home care

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Leszek Gottwald, Sylwia Kaźmierczak-Łukaszewicz

Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Wprowadzenie: Częstość występowania chorób nowotworowych oraz przewlekłych schorzeń internistycznych i neurologicznych, a także innych wzrasta wraz z wiekiem pacjentów.

Cel pracy: Określenie struktury wiekowej pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, identyfikacja współistniejących schorzeń przewlekłych i określenie dynamiki wzrostu częstości występowania tych schorzeń wraz z wiekiem oraz zwrócenie uwagi na dodatkowe problemy opieki paliatywnej u chorych powyżej 60. roku życia.

Materiał i metody: Retrospektywną analizą objęto 208 chorych powyżej 18. roku życia z zaawansowaną chorobą nowotworową, objętych domową opieką paliatywną w latach 2005–2009, u których czas leczenia w hospicjum domowym był dłuższy niż 7 dni.

Wyniki: Wśród rozpoznań onkologicznych najczęściej stwierdzano raka płuc, nowotwory przewodu pokarmowego, raka piersi, raka gruczołu krokowego i raka nerki. W grupie badanej było 40 osób poniżej 60. roku życia oraz 168 chorych w wieku 60 lat i powyżej. Stwierdzono częstsze występowanie chorób towarzyszących nowotworom w grupie pacjentów powyżej 60. roku życia niż u chorych do 60. roku życia ($p < 0,001$). Choroba niedokrwienna serca ($p < 0,001$), nadciśnienie tętnicze ($p < 0,002$), choroby naczyń obwodowych ($p < 0,002$) oraz cukrzyca typu 2 ($p < 0,02$) występowały częściej u pacjentów powyżej 60. roku życia.

Wnioski: Wśród pacjentów objętych opieką paliatywną przeważały osoby po 60. roku życia. U większości badanych chorych występowały schorzenia współistniejące. Wycena kosztów leczenia w opiece paliatywnej powinna uwzględniać również możliwość leczenia schorzeń współistniejących.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, choroby współistniejące, dorośli.

Summary

Introduction: The frequency of the incidence of cancer disease as well as chronic internistic, neurological and other diseases is increasing with age.

Aim: The aim of the study was to determine age structure of patients with advanced cancer disease, to identify chronic co-morbidities and to define the dynamics of the increase in such diseases frequencies with age as well as to direct the attention to additional problems of palliative care in patients over the age of 60.

Material and methods: Retrospective analysis of 208 patients over the age of 18, with advanced cancer disease, receiving palliative home care for longer than 7 days in years 2005–2009, was conducted.

Results: Lung cancer, gastrointestinal cancer, breast cancer, prostate cancer and kidney cancer were among the most often recognized tumours in this study. 40 patients under the age of 60 and 168 patients over the age of 60 participated in this study. The higher frequency of tumour-related co-morbidities was observed in patients over 60 years old in comparison with patients under the age of 60 ($p < 0.001$). Ischemic disease ($p < 0.001$), hypertension ($p < 0.002$), peripheral vascular diseases ($p < 0.001$) and diabetes mellitus type II ($p < 0.02$) were much more frequent in patients over 60 years old.

Conclusion: Among patients receiving palliative home care, patients over 60 years old were most prevalent. Most of patient had additional co-morbidities. The calculation of costs of palliative care patients' treatment should also take the possibility of co-morbidities treatment into consideration.

Key words: palliative care, co-morbidities, adults.

Adres do korespondencji:

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Ciołkowskiego 3, 93-509 Łódź, tel. +48 42 689 54 84

WPROWADZENIE

W Polsce ok. 90% chorych objętych opieką paliatywną stanowią osoby z zaawansowaną chorobą nowotworową. Podstawową formą opieki paliatywnej jest opieka domowa sprawowana przez wielodyscyplinarny zespół składający się z lekarza, pielęgniarki, psychologa, pracownika socjalnego, fizjoterapeuty oraz innych. Pacjent ma prawo do korzystania z pomocy lekarza rodzinnego oraz innych specjalistów, jednak ze względu na małą mobilność oraz stały kontakt z lekarzem hospicjum kompleksowe leczenie jest zazwyczaj zapewniane przez tego ostatniego [1]. Częstość występowania chorób nowotworowych rośnie z wiekiem, podobnie jak częstość występowania przewlekłych schorzeń internistycznych i neurologicznych oraz innych [2]. U chorych objętych opieką paliatywną najczęstszymi objawami wymagającymi farmakoterapii są: ból, duszność, nudności i wymioty, zaparcia, osłabienie, wyniszczenie nowotworowe, lęk i depresja. Zespoły objawów chorobowych występujące w tej grupie chorych często nakładają się na siebie i trudno jest zidentyfikować ich dokładne patomechanizmy. Leki zalecane w leczeniu objawowym mogą wpływać wzajemnie na swój metabolizm i wchodzić w interakcje z lekami stosowanymi z powodu schorzeń przewlekłych [3].

Lekarz zespołu opieki paliatywnej, planując terapię u pacjenta leczonego wcześniej z powodu innych chorób przewlekłych, staje przed problemem wyboru najbardziej bezpiecznych leków koniecznych do kontroli bólu i innych objawów związanych z postępującą chorobą nowotworową. W niektórych sytuacjach, jeśli nie stanowi to bezpośredniego zagrożenia życia, rozważa się ograniczenie lub rezygnację z leczenia schorzenia przewlekłego, decydując się na możliwe konsekwencje tych decyzji [4]. Przy podejmowaniu decyzji niezbędna jest także właściwa komunikacja z chorym i jego opiekunami. Szczególne sytuacje występują u chorych z problemami połykania oraz u chorych z utrudnionym kontaktem [5]. Nakłady finansowe na opiekę paliatywną są niewystarczające, szczególnie w zakresie opieki stacjonarnej, w której zgodnie z obowiązującymi przepisami należy zapewnić niezbędne leki. Do jednostek stacjonarnej opieki paliatywnej trafiają pacjenci ze złożonymi problemami. Chorzy ci zazwyczaj cierpią nie tylko z powodu bólu oraz innych objawów towarzyszących chorobie

nowotworowej, ale są także obciążeni innymi schorzeniami.

CEL PRACY

Określenie struktury wiekowej chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową objętych domową opieką paliatywną oraz identyfikacja schorzeń przewlekłych współistniejących z chorobą nowotworową.

Określenie dynamiki wzrostu częstości występowania schorzeń współistniejących z wiekiem.

Zwrócenie uwagi na dodatkowe problemy dotyczące opieki paliatywnej u chorych w wieku powyżej 60 lat.

MATERIAŁ I METODY

Badanie niekliniczne, nieinwazyjne polegało na analizie dokumentacji medycznej 208 osób w wieku powyżej 18 lat z zaawansowaną chorobą nowotworową, objętych domową opieką paliatywną przez NZOZ przy Stowarzyszeniu Hospicjum Łódzkie w Łodzi w latach 2005–2009, u których czas leczenia w hospicjum domowym był dłuższy niż 7 dni. Wszyscy chorzy wymagali leczenia objawowego. Wśród schorzeń współistniejących wybrano te, z powodu których chorzy okresowo lub na stałe przyjmowali leki. Porównano częstość występowania oraz rodzaje schorzeń współistniejących z zaawansowanym nowotworem w grupach pacjentów w wieku poniżej 60 lat oraz pacjentów w wieku 60 lat i powyżej. Otrzymane wyniki opracowano przy użyciu programu CSS Statistica. Poziom istotności przyjęto jako $p < 0,05$.

WYNIKI

Wśród rozpoznań onkologicznych w badanej grupie najczęściej diagnozowano raka płuc ($n = 40$; 19,23%), nowotwory przewodu pokarmowego ($n = 31$; 14,9%), raka piersi ($n = 21$; 10,1%), raka gruczołu krokowego ($n = 14$; 6,7%) i raka nerki ($n = 14$; 6,7%).

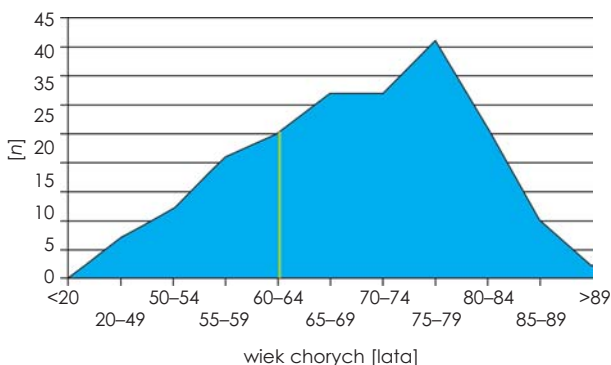
Grupę badaną stanowiło 208 chorych, w tym 102 kobiety (49,0%) i 106 mężczyzn (51,0%), w wieku od 25 lat do 90 lat ($69,4 \pm 17,4$). Strukturę wiekową chorych zobrazowano na rycinie 1. Wśród badanych

chorych znajdowało się 40 osób poniżej 60. roku życia, w tym 20 kobiet (50%) i 20 mężczyzn (50%), oraz 168 chorych w wieku 60 lat i powyżej, w tym 82 kobiety (48,8%) i 86 mężczyzn (51,2%).

Oceniono liczbę chorób towarzyszących zaawansowanym nowotworom w badanej grupie pacjentów (ryc. 2.). Stwierdzono częstsze występowanie chorób towarzyszących nowotworom w grupie pacjentów w wieku 60 lat i powyżej, niż w grupie pacjentów do 60. roku życia ($p < 0,001$). Dokładne dane zestawiono w tabeli 1.

Ustalono rodzaje chorób najczęściej towarzyszących zaawansowanym nowotworom u dorosłych

Ryc. 1. Struktura wiekowa pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową ($n = 208$) objętych opieką hospicjum domowego



Ryc. 2. Schorzenia współistniejące u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową

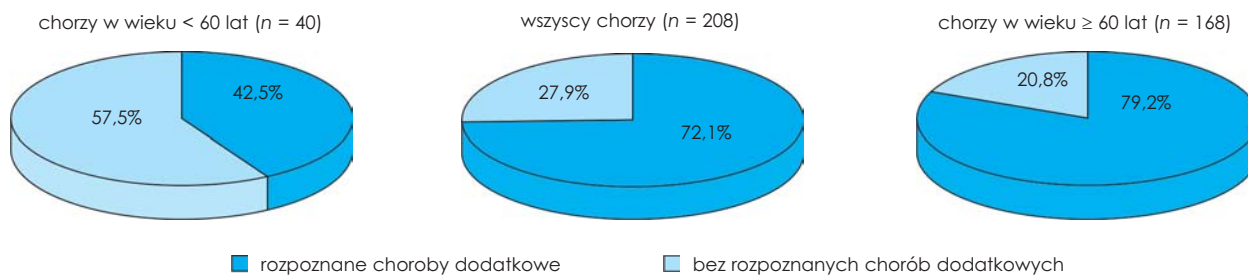


Tabela 1. Liczba chorób współistniejących u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową

Liczba chorób współistniejących	Wszyscy chorzy ($n = 208$)		Chorzy w wieku < 60 lat ($n = 40$)		Chorzy w wieku ≥ 60 lat ($n = 168$)	
bez innych chorób	58	27,9	23	57,5	35	20,8
1 choroba	33	15,9	7	17,5	26	15,5
2 choroby	45	21,6	4	10,0	41	24,4
3 choroby	31	14,9	3	7,5	28	16,7
4 choroby	26	12,5	2	5,0	24	14,3
5 chorób	13	6,2	1	2,5	12	7,1
6 chorób	1	0,5	–	–	1	0,6
7 chorób	1	0,5	–	–	1	0,6

pacjentów. Stwierdzono częstsze występowanie choroby niedokrwiennej serca ($p < 0,001$), nadciśnienia tętniczego ($p < 0,002$), chorób naczyń obwodowych ($p < 0,002$) oraz cukrzycy typu 2 ($p < 0,02$) u pacjentów w wieku 60 lat i powyżej niż u chorych w wieku do 60 lat. Dokładną charakterystykę częstości ich występowania u badanych chorych przedstawiono na rycinach 3. i 4. oraz w tabeli 2.

OMÓWIENIE

Wśród chorych na nowotwory złośliwe objętych opieką paliatywną przeważają osoby w wieku podeszłym. Chorzy ci często od wielu lat przyjmują leki z powodu przewlekłych schorzeń internistycznych, neurologicznych i innych [3, 6]. W badanej grupie aż u 150 chorych (72,1%) występowała przynajmniej jedna choroba nieonkologiczna, co stanowi podobny odsetek jak w pracach innych autorów (73–78%) [3, 7]. W wyniku progresji nowotworu do wcześniej występujących schorzeń dołączają się dodatkowe objawy związane z postępującą chorobą nowotworową i z jej leczeniem, pogarszające komfort życia pacjentów [2, 6, 8].

W badanej grupie chorych po 60. roku życia najczęstszymi współistniejącymi z nowotworem schorzeniami były: choroba niedokrwienności serca (53,0%), nadciśnienie tętnicze (44,6%), choroby naczyń

obwodowych (42,9%) i cukrzyca typu 2 (28,6%). Podobne wyniki otrzymali Nowicki i wsp. w grupie 100 chorych na raka płuc. W badaniu tym choroby współistniejące dotyczyły 77% pacjentów, głównie po 60. roku życia [9]. Inni autorzy wśród najczęściej towarzyszących nowotworom schorzeń oprócz wyżej wymienionych umieszczają także chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy [3, 7].

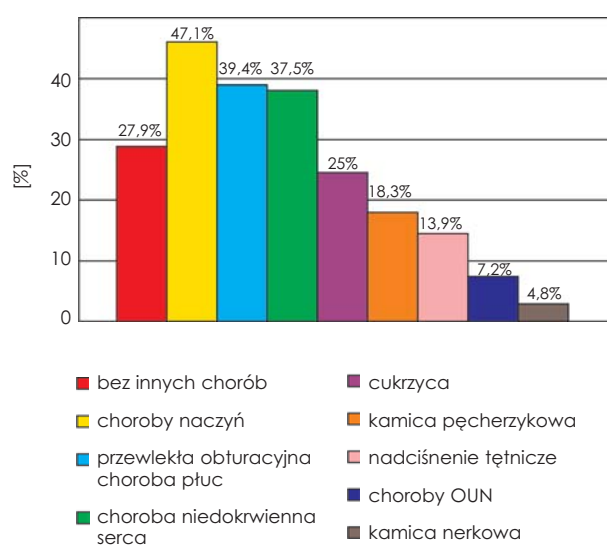
W badanej populacji stwierdzono wysoką częstość występowania cukrzycy. W grupie tej uwzględniono wszystkich chorych. Mimo powszechnego występowania obu chorób, dotychczas rzadko oceniano częstość ich współistnienia w badaniach z udziałem dużych grup chorych. W populacji światowej osób w wieku 20–79 lat częstość występowania cukrzycy jest oceniana na 6,6%. Niektóre nowotwory, takie jak pierwotny rak wątroby, rak trzustki i rak endometrium, występują co najmniej dwa razy częściej, a rak jelita grubego i odbytnicy, rak piersi i rak pęcherza moczowego 1,2–1,5 razy częściej

u chorych na cukrzycę [10]. W przeanalizowanych przez Herdana 6317 przypadkach zgonów w populacji dorosłych u 1212 osób rozpoznawano nowotwory złośliwe, a 189 osób chorowało na cukrzycę. Współistnienie nowotworu z cukrzycą stwierdził on u 10,1% chorych na cukrzycę [11]. Wysoka częstość występowania cukrzycy w badanej grupie chorych (25%) może mieć związek ze strukturą wiekową oraz ze steroidoterapią, która jest często stosowana u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, szczególnie w ostatnim jej stadium.

Choroby opisane powyżej wymagają systematycznego przyjmowania leków. Jednocześnie dolegliwości towarzyszące chorobie nowotworowej, takie jak ból, duszność, nudności i wymioty, wyniszczenie, depresja oraz lęk powodują konieczność stosowania dodatkowych, często obciążających pacjenta terapii [2, 4, 6].

Leczenie bólu, podstawowego objawu u osób z zaawansowaną chorobą nowotworową, w pode-

Ryc. 3. Choroby współistniejące u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową



Ryc. 4. Choroby współistniejące u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową < 60 lat i ≥ 60 lat

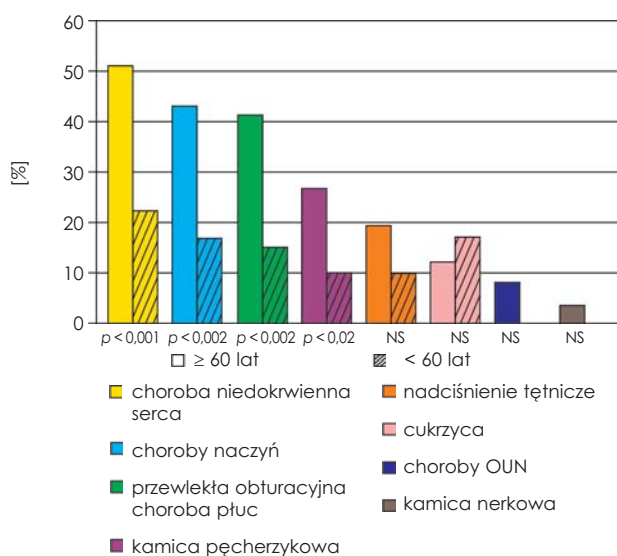


Tabela 2. Rodzaje chorób współistniejących z zaawansowanymi nowotworami u badanych chorych objętych opieką paliatywną

Rodzaje chorób współistniejących	Wszyscy chorzy (n = 208)	Chorzy w wieku < 60 lat (n = 40)		Chorzy w wieku ≥ 60 lat (n = 168)	
choroba niedokrwienna serca*	98	9	22,5	89	53,0
nadciśnienie tętnicze*	82	7	17,5	75	44,6
choroby naczyń obwodowych*	78	6	15,0	72	42,9
cukrzyca typu 2*	52	4	10,0	48	28,6
przewlekła obturacyjna choroba płuc	38	4	10,0	34	20,2
choroby ośrodkowego układu nerwowego	39	7	17,5	22	13,1
kamica pęcherzyka żółciowego	15	–	–	15	8,9
kamica nerkowa	6	–	–	6	3,6

* różnica statystycznie znamienna pomiędzy chorymi < 60. roku życia i chorymi w wieku ≥ 60 lat i powyżej

szłym wieku wymaga często modyfikacji schematów terapii [2, 8]. Wiadomo, że leki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) obniżają skuteczność często stosowanych u tych chorych β -adrenolityków, inhibitorów konwertazy angiotensyny, antagonistów AT1 oraz diuretyków. Niesteroïdowe leki przeciwzapalne mogą także nasilać działanie doustnych leków przeciwcukrzycowych oraz przeciwpadaczkowych [4]. Ze względu na znaczne zagrożenie powikłaniami terapii lekami z grupy NLPZ, zgodnie z zaleceniami u osób w wieku podeszłym w terapii bólu rozważa się wcześniejsze włączenie do schematu leczenia preparatów opioidowych [4, 6, 8].

Dodatkowym problemem w opiece paliatywnej u osób po 60. roku życia z zaawansowaną chorobą nowotworową są często obserwowane wyniszczenie, niedożywienie oraz niedobory białkowe, które mogą powodować zmiany w farmakokinetyce leków [2]. Ten objaw występuje u 15–40% chorych w chwili postawienia diagnozy, a w fazie terminalnej aż u 80% chorych [12]. W hipoalbuminemii objawy niepożądane wielu leków mogą ulegać nasileniu, ponieważ występuje większa frakcja wolna leków [6]. Przykładem leku przeciwbólowego silnie wiążącego się z albuminami jest fentanyl, którego efekt działania wzrasta u chorych z hipoalbuminemią [4].

Prawidłowe postępowanie terapeutyczne u pacjentów objętych opieką paliatywną obciążonych kilkoma schorzeniami powinno być ustalone na podstawie wnikliwej analizy wszystkich leków niezbędnych w procesie terapeutycznym, z uwzględnieniem potencjalnych interakcji wynikających z terapii wieloma lekami. Wiedza na temat schorzeń przewlekłych występujących u chorych na nowotwór może być przydatna do prawidłowej wyceny obecnie niedoszacowanych kosztów leczenia, zwłaszcza w opiece stacjonarnej [1]. Powinna ona także stanowić podstawę planowania zakresu kształcenia personelu medycznego opiekującego się tą grupą chorych. Częstość występowania nowotworów oraz chorób przewlekłych rośnie z wiekiem, dlatego należy opracować strategię opieki paliatywnej dla chorych w wieku podeszłym.

WNIOSKI

1. Wśród chorych objętych domową opieką paliatywną włączonych do badania przeważały osoby po 60. roku życia.
2. U większości badanych chorych występowały schorzenia współistniejące, przy czym u ponad połowy z nich było to więcej niż jedno schorzenie
3. Najczęstszymi schorzeniami współistniejącymi z chorobą nowotworową w badanej grupie były: choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętni-

cze, choroby naczyń obwodowych i cukrzyca.

4. Wycena kosztów leczenia chorych objętych stacjonarną opieką paliatywną powinna uwzględniać również możliwość leczenia schorzeń współistniejących.

PIŚMIENNICTWO

1. Ciałkowska-Rysz A. Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce. *Medycyna Paliatywna* 2009; 1: 22-26.
2. Yancik R., Ganz P.A., Varrichio C.G. i wsp. Perspectives on comorbidity and cancer in older patients: approaches to expand the knowledge base. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1147-1151.
3. Yancik R., Havlik R.J., Wesley M.N. i wsp. Cancer and comorbidity in older patients: a descriptive profile. *Ann Epidemiol* 1996; 6: 399-412.
4. Pergolizzi J., Böger R.H., Budd K. i wsp. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an international expert panel with fokus on the six clinically most often used World Health Organization step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Practice* 2008; 8: 287-313.
5. Closs S. Assessment of pain in older people – the key to effective management. *Anesth Crit Care* 2005; 16: 40-45.
6. Sutton L.M., Demark-Wahnefried W., Clipp E.C. Management of terminal cancer in elderly patients. *Lancet Oncol* 2003; 4: 149-157.
7. Alhuwalia I.B., Mack K.A., Murphy W. i wsp. Site-specific prevalence of selected chronic disease-related characteristics – Behavioral Risk Factor Surveillance System 2001, *MMWR Surveill Summ* 2003; 52: 1-80.
8. Barford K.L., D'Olimpio J.T. Symptom management in geriatric oncology: practical treatment considerations and current challenges. *Curr Treat Options Oncol* 2008; 9: 204-214.
9. Nowicki A., Sędkak A., Kowalewski J. Choroby współistniejące a chorobowość pooperacyjna u chorych operowanych z powodu raka płuca i nowotworu przerzutowego. *Współcz Onkol* 2008; 12: 65-71.
10. Giovannucci E., Harlan D.M., Archer M.C. i wsp. Diabetes and cancer: a consensus report. *CA Cancer J Clin* 2010; 60: 207-221.
11. Herdan G. The frequency of cancer in diabetes mellitus. *Br J Cancer* 1960; 14: 449-56.
12. Morley J.E. Anorexia, sarcopenia and ageing. *Nutrition* 2001; 17: 660-663.