

Dylematy w leczeniu starszych ludzi – opis dwóch przypadków

Treatment dilemma with elderly people – two case reports

Piotr Plecka

Oddział Onkologii Klinicznej, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim

Streszczenie

Wzrastająca liczba starszych pacjentów zwiększa obciążenie systemu opieki zdrowotnej. Obecność licznych chorób współistniejących zwiększa ryzyko występowania różnych powikłań u osób starszych. Konsekwencją tego jest być może nadmierna ostrożność przed diagnostyką lub leczeniem ludzi starszych. 85-letni mężczyzna zgłosił się z powodu pogorszenia tolerancji wysiłku i osłabienia. Rozpoznano raka płuca w stopniu zaawansowania (T4N0M0). Został zdyskwalifikowany od zabiegu operacyjnego, a następnie również od leczenia systemowego. Ze względu na narastającą duszność zgłosił się jednak ponownie do leczenia. Otrzymał wówczas pięć kursów Vinorelbiny doustnej z dobrym efektem. 90-letnia kobieta została skierowana do leczenia uzupełniającego po mastektomii radykalnej piersi lewej w stopniu pT2N3M0. Ze względu na choroby współistniejące została zakwalifikowana do leczenia Vinorelbina doustną. Otrzymała sześć kursów cytostatyku z dobrą tolerancją. Obecnie jest w trakcie czwartego roku hormonoterapii. Wnioski: sam fakt, że pacjent jest w starszym metrykalnie wieku nie może być podstawą do odmowy diagnostyki czy leczenia. Również obecność choroby nowotworowej nie powinna stanowić przesłanki do rezygnacji z leczenia innych schorzeń. *Geriatrics 2018; 12: 162-166.*

Słowa kluczowe: nowotwór, leczenie starych pacjentów, chemioterapia doustna

Summary

The growing amount of elderly patients puts a strain on health system. Because of the presence of additional diseases, those patients bear higher risk of different kinds of toxicities. This is why there is sometimes a resistance to introduce any diagnostic procedures and treatment to elderly people. An 85 years old man came because of diminished exercise tolerance and weakness. Due to clinical stage T4N0M0 lung cancer, surgery was refused. But then based on his age and comorbidities chemotherapy was denied, too. After some time he showed up for help with dyspnea. Five cycles of oral Vinorelbine were administered with clinical improvement. A 90-years old woman was directed for adjuvant treatment after left breast radical mastectomy due to lobular breast cancer. Because of comorbidities oral Vinorelbine was recommended. She received six cycles of it with good tolerance. She refused then radiotherapy and accepted hormoneotherapy. She is alive four years after initial treatment. Conclusions: metrical age is not enough to refuse anybody treatment. Also the presence of an oncologic disease cannot be the reason to deny be diagnosed or treated because of another disease. *Geriatrics 2018; 12: 162-166.*

Keywords: cancer, treatment of elderly patients, oral chemotherapy

Wstęp

Wzrastająca liczba pacjentów w starszym wieku powoduje powstanie wielu różnego rodzaju problemów społecznych [1]. Terapia starszych pacjentów jest bardziej złożona przez większą ilość chorób współist-

niejących oraz związany z wiekiem tzw. zespół kruchości. Generuje to również większe koszty dla całego systemu opieki zdrowotnej [2]. W konsekwencji można zauważyć pewnego rodzaju opór czy wręcz niechęć do leczenia pacjentów w podeszłym wieku [3]. Szczególnie

jaskrawo widoczne to jest w przypadku pacjentów diagnozowanych czy leczonych z powodu chorób nowotworowych. Zamieszczony w tym artykule opis przebiegu leczenia starszego mężczyzny jest tego najlepszym przykładem. Natomiast opisany proces terapii 90-letniej kobiety świadczy o tym, że dostępny obecnie szeroki wachlarz środków i metod pozwala jednak na skuteczne leczenie chorych w podeszłym wieku.

Omówienie przypadków

Przypadek 1:

Mężczyzna, lat 85, przyjęty do Oddziału Pulmonologii i Alergologii w 2013 r. z powodu pogorszenia tolerancji wysiłku, osłabienia i okresowego kaszlu. Wcześniej był leczony z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), choroby wieńcowej z przebytymi dwukrotnie zawałami serca, nadciśnienia tętniczego 2 st. Pomimo tego pacjent był w pełni samodzielny ruchowo, zorientowany co do swojej osoby, miejsca. Odpowiadał na zadawane pytania logicznie, był całkowicie świadomy swojego stanu zdrowia. Wykonano liczne badania obrazowe, endoskopowe i laboratoryjne. Stwierdzono: w TK klatki piersiowej – guz płuca lewego położony przywnękowo z rozpadem o wymiarze 20 x 35 x 40 mm z guzkiem satelitarnym wielkości 8x10x13 mm oraz miażdżycę naczyń wieńcowych, w spirometrii – obturacja średniego stopnia, w bronchoskopii – bez zmian patologicznych do wysokości podziałów subsegmentarnych, w EBUS – powiększone węzły chłonne śródpiersiowe do 15 mm, w cytologii – bez zajęcia nowotworowego, w biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej przez ścianę klatki piersiowej – *carcinoma non-microcellulare*, w gastrokopii – przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka z obecnością trzech płytkich owrzodzeń, w USG jamy brzusznej – wątroba bez zmian przerzutowych, torbiele nerki prawej o największej średnicy 65 mm, wzmożone beczkowanie pęcherza moczowego oraz powiększony gruczoł krokowy o wymiarach 46x54x53 mm, w badaniach laboratoryjnych – morfologia, CRP, elektrolity, badanie ogólne moczu – bez odchyżeń od normy.

Następnie pacjent został skierowany do Oddziału Torakochirurgii. Został tam zdyskwalifikowany z zabiegu operacyjnego ze względu na stopień zaawansowania oceniony na T4N0M0 oraz liczne choroby współistniejące. Chory został wówczas skonsultowany przez onkologa klinicznego, który zdyskwalifikował pacjenta od chemioterapii ze względu na wiek i choroby współistniejące (zachowano kolejność argumentacji).

Po miesiącu chory zgłosił się do Ambulatorium Chemioterapii w miejscu zamieszkania, z powodu narastającej duszności i osłabienia. Wyraził zdecydowaną wolę poddania się leczeniu, dlatego został zakwalifikowany do paliatywnej chemioterapii. Z uwagi na stan ogólny rozpoczął leczenie Vinorelbina doustną w monoterapii w dawce 60 mg/m² w dniu 1, 8 i 15 co 21 dni. Pacjent otrzymał łącznie prawie pięć pełnych kursów (bez jednego podania). Od II B kursu zwiększono dawkę cytostatyku zgodnie ze schematem do 80/m². Leczenie powikłane było przemijającym wzrostem poziomu kreatyniny do 1,2 mg/dl, stopniowym spadkiem poziomu hemoglobiny do 10,5 mg/dl oraz dwukrotnym zaostrzeniem POChP. Terapię przerwano z powodu wystąpienia trzepotania przedsionków wymagającego leczenia szpitalnego.

W wykonanych trzykrotnie kontrolnych tomografiach komputerowych stwierdzono częściową regresję większej zmiany guzowatej oraz stabilizację pozostałych zmian. Natomiast klinicznie poza okresami zaostrzeń POChP obserwowano wyraźne zmniejszenie duszności i poprawę tolerancji wysiłku. Dodatkowo z powodu opisu ultrasonograficznego gruczołu krokowego oznaczono poziom PSA, który wyniósł 11,38 ng/dl. Skierowano chorego na konsultację urologiczną, z opisu której wynikało, że pomimo podejrzenia raka prostaty chory został zdyskwalifikowany od dalszej diagnostyki ze względu na „chorobę podstawową, schorzenia dodatkowe i wiek”. Włączono jedynie Finasteryd.

Ostatni raz pacjent zgłosił się po trzech miesiącach po zakończonym leczeniu z kontrolną tomografią komputerową klatki piersiowej, w której utrzymywała się stabilizacja zmian.

Przypadek 2

Kobieta, lat 90, skierowana do Ambulatorium Chemioterapii celem kwalifikacji do leczenia uzupełniającego po operacji radykalnej raka piersi lewej (mastektomia lewostronna). Wynik badania pooperacyjnego histopatologicznego: *carcinoma lobulare* G2. Stopień zaawansowania pT2N3M0. Znalaziono szesnaście węzłów chłonnych, z których dziesięć było zajętych przez nowotwór, w tym osiem z przekraczaniem torebki węzłów. Receptory estrogenowe były dodatnie w 98% komórek raka, a receptory progesteronowe były obecne w 65% komórek nowotworowych. Receptory HER-2 były ujemne. Pacjentka dodatkowo chorowała na chorobę wieńcową, miażdżycę naczyń

mózgowych, reumatoidalne zapalenie stawów i rwę kulszową współistniejącą ze zwyrodnieniem wielostawowym. Z wywiadu rodzinnego wynikało także, że chora pochodzi z rodziny długowiecznej. Od lat mieszkała samotnie, wszystkie czynności związane z życiem codziennym wykonywała sama (za wyjątkiem ciężkich prac domowych typu mycie okien). Logicznie odpowiadała na zadawane pytania i również logicznie sama je zadawała.

W Rtg płuc i USG jamy brzusznej nie stwierdzono zmian przerzutowych. W wykonanych badaniach laboratoryjnych poziom Ca 15.3, hemoglobiny, aminotransferaz, kreatyniny i elektrolitów mieścił się w granicy normy.

Pacjentce przedstawiono alternatywne możliwości leczenia – chemioterapią lub hormonoterapią, a następnie radioterapią. Sama zadecydowała o wyborze chemioterapii. Ze względu na obciążenie kardiologiczne i podwyższone ryzyko powikłań hematologicznych, pomimo dobrego jak na ten wiek stanu ogólnego – według skali Zubrod 1 stopnia – zadecydowano o włączeniu leczenia doustną Vinorelbina. Rozpoczęto leczenie od dawki 60 mg/m² w dniu 1, 8 i 15 w cyklu co 21 dni. Tolerancja leczenia była dość dobra – po pierwszym kursie pojawiły się objawy dyspeptyczne 1 stopnia, które ustąpiły po typowym leczeniu i potem nie nawracały, po drugim kursie wzrósł poziom kreatyniny do 1,3 mg/dl, który prawdopodobnie był spowodowany zbyt małą podażą płynów, gdyż ustąpił po nawodnieniu i też nie nawracał. Jednak z tego powodu nie zwiększono dawek cytostatyku. Po czwartym kursie poziom hemoglobiny zaczął się obniżać, pojawiło się osłabienie. Po piątym kursie pojawiło się dopiero wyłysienie, a poziom hemoglobiny spadł maksymalnie do 10.8 mg/dl.

Pacjentka zakończyła leczenie tydzień przed swoimi 90. urodzinami. Czuła się jednak znużona leczeniem, bo odmówiła zastosowania radioterapii uzupełniającej. Dlatego włączono hormonoterapię inhibitorem aromatazy (nazwa handlowa Anastrozol). Pacjentka następnie zgłaszała się na wizyty kontrolne – głównie po odbiór recepty na lek hormonalny, gdyż poza ogólnym osłabieniem innych dolegliwości nie zgłaszała.

Pacjentka żyje do dziś, ma 94 lata i jest w trakcie czwartego roku hormonoterapii.

Dyskusja

W przypadku 85-letniego mężczyzny należy zwrócić uwagę na fakt, że cały proces diagnostyczny przebiegał bardzo sprawnie. Po wykonaniu wszystkich procedur diagnostycznych został skierowany do ośrodka referencyjnego celem leczenia. Ze względu na zaawansowanie T4N0M0 decyzja torakochirurga o zdyskwalifikowaniu od zabiegu wydaje się być słuszna. Natomiast niezakwalifikowanie do innych form terapii onkologicznej wydaje się być nieuzasadnione. Obecnie obowiązujące standardy postępowania onkologicznego dopuszczają możliwość zastosowania monoterapii czy pominięcia toksycznych pochodnych platyny u osób starszych lub w gorszym stanie ogólnym (co zostało wykorzystane przy kwalifikacji do późniejszego leczenia) [4-6]. Zastanawia również fakt, że nie rozważano zastosowania napromieniania, które mogło zmniejszyć dolegliwości. Lewostronne położenie guza i obecność choroby wieńcowej przy obecnych możliwościach leczenia stereotaktycznego nie powinny stanowić przeciwwskazania do takiej terapii. Wpisanie w dokumentację medyczną informacji o dyskwalifikacji od leczenia ze względu na wiek jest bardzo ryzykowne. Podobnie wygląda decyzja o dyskwalifikacji od diagnostyki nowego schorzenia ze względu na obecność choroby nowotworowej i wiek umieszczony przez urologa. W trudnej i niezręcznej sytuacji został postawiony onkolog kliniczny, który kwalifikował chorego do leczenia jako drugi, gdyż wiedział o wcześniejszych decyzjach podejmowanych przez innych onkologów. Fakt, że pacjent otrzymał prawie całą zaplanowaną dawkę cytostatyku przy minimalnej toksyczności i z wyraźnym zmniejszeniem się dolegliwości przemawia za tym, że decyzja była właściwa i mogła być podjęta wcześniej. Pomimo prób nawiązania kontaktu telefonicznego nie udało się ustalić dalszych losów chorego, a więc i jego czasu przeżycia, co mogło również stanowić ważny argument w dyskusji.

W odmiennej sytuacji znalazła się pacjentka po mastektomii. Wskazania onkologiczne do jej leczenia były ewidentne. Dodatkowo od samego początku rozumiała potrzebę dalszego leczenia, pomimo że przecież nie miała dolegliwości. Bardzo ważnym argumentem skłaniającym do jej leczenia był fakt, że pochodziła z długowiecznej rodziny, co sugerowało, że mogła mieć znaczne rezerwy biologiczne, pozwalające na sprawną regenerację w razie takiej potrzeby. Rolą więc onkologa było jedynie dopasować schemat leczenia do stanu jej

organizmu. Schematy z antracyklinami byłyby w jej przypadku za toksyczne i to nie tylko ze względu na obecność choroby wieńcowej, ale i toksyczność dla szpiku. Również taksany mogłyby spowodować w jej wieku nasilone objawy polineuropatii, a konieczność podawania sterydów mogła skończyć się pojawieniem się toksycznych objawów ze strony przewodu pokarmowego, zakrzepicą czy nasilaniem się miażdżycy. Podjęte decyzje wydają się być słuszne, gdyż chora zakończyła leczenie w całości (choć nie eskalowano dawki Vinorelbiny do 80 mg/m²), tylko dwukrotnie termin kolejnych podań był odraczany, a toksyczność leczenia była również niewielka. Najlepszym jednak dowodem przemawiającym za celowością leczenia takich chorych jest to, że pacjentka żyje już cztery lata po zakończonym leczeniu systemowym i operacji i jest w trakcie hormonoterapii [7].

Opisane wyżej dwie sytuacje kliniczne pokazują, że opieka nad chorymi starszymi, a zwłaszcza ich leczenie, stanowi szczególne wyzwanie zarówno dla systemu opieki zdrowotnej, dla lekarzy, jak i rodzin tych osób.

Obecnie funkcjonujący system finansowania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów w podeszłym wieku narzucony przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie tylko nie zabezpiecza ich podstawowych potrzeb, ale i nie uwzględnia w ogóle zwiększonej kosztocłonności świadczeń specjalistycznych ponoszonych w ramach swoich zadań przez różnych świadczeniodawców diagnozujących czy leczących ludzi starszych. Może to prowadzić do nieprzebrzegania obowiązujących standardów postępowania diagnostyczno- leczniczego, co ma szczególne znaczenie w onkologii, gdyż może przełożyć się na gorsze wyniki leczenia.

Dlatego niesłychanie ważne jest, aby szczególnie lekarze wywiązali się z obowiązku równego traktowania swoich pacjentów. Jednak zwiększona podatność na choroby oraz nieprzewidywalność reakcji na zastosowane leczenie w odniesieniu do chorych starszych doprowadziła do tego, że są postrzegani przez personel medyczny jako pacjenci wysokiego ryzyka powikłań. Jest to bardzo wyraźnie widoczne w przypadku osób chorujących na schorzenia nowotworowe. Dlatego zamiast zmienić własny, wypracowany przez siebie sposób postępowania, sprawdzający się w odniesieniu

do młodszych chorych, łatwiej jest po prostu dyskwalifikować pacjentów w podeszłym wieku od leczenia. Uzasadnienie takiej decyzji – jeśli podjęta jest właściwie – nie powinno być skomplikowane (np. obecność chorób współistniejących). Natomiast argumentacja, że wiek chorego lub obecność choroby nowotworowej jest podstawową przesłanką do zaprzestania diagnostyki lub leczenia jest przykładem dyskryminacji. Ponieważ pacjent jest stary albo choruje na nowotwór, nie ma potrzeby leczenia go, skoro i tak umrze. Lepiej przeznaczyć te środki dla młodszych lub mniej chorych pacjentów.

Osoby starsze z licznymi schorzeniami dodatkowymi stanowią również duże obciążenie dla swoich rodzin. Tu również można zaobserwować postępujące zubożenie na los starszych krewnych czy sąsiadów. Mówi o tym nie tylko gwałtownie rosnące zapotrzebowanie na miejsce w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Widać to również wyraźnie wtedy, gdy trzeba przywieźć chorego na leczenie czy odwieźć do domu. Coraz częściej pacjenci skarżą się, że muszą sąsiadowi czy wnuczkowi zapłacić za transport. Zniechęca to ich do leczenia, mają przez to problemy z wykupieniem podstawowych leków.

Podsumowując należy przypomnieć, że kiedyś miarą człowieczeństwa było to jak społeczeństwo zajmuje się ludźmi starymi, chorymi i niedołącznymi. Dzisiaj żyjemy jednak w innej rzeczywistości. Opisane przypadki pacjentów są dowodem na to, że właściwie dopasowane metody diagnostyczne i terapeutyczne pozwalają na w miarę bezpieczne leczenie pacjentów niezależnie od ich wieku metrykalnego.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Piotr Plecka

Oddział Onkologii Klinicznej

Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki
ul. J. Dekerta 1; 66-400 Gorzów Wielkopolski

☎ (+48 95) 733 15 16

✉ pplecka@wp.pl

Piśmiennictwo

1. Rechel B, Grundy E, Robine JM i wsp. Ageing in the European Union. *Lancet*. 2013;381:1312-22.
2. Clegg A, Young J, Rikkert MO i wsp. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752-62.
3. Cherubini A, Del Signore S, Ouslander J i wsp. Fighting against age discrimination in clinical trials. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58:1791-6.
4. Früh M, Besrou H, Gillessen S i wsp. Management of Elderly Patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: a Single-Center Experience. *Chemotherapy*. 2013;59:42-50.
5. Camella P, Frasci G, Carnicelli P i wsp. Gemcitabine with either paclitaxel or vinorelbine vs paclitaxel or gemcitabine alone for elderly or unfit advanced non-small-cell lung cancer patients. *Br J Cancer*. 2004;91:489-97.
6. Duchnowska R, Siemiątkowska A, Grala B i wsp. Long-term remission after erlotynib therapy in an elderly patient with advanced non-small cell lung cancer. Case report and conclusions for clinical practice. *Pneumonol Alergol Pol*. 2008;76:451-5.
7. Hess D, Thürliman B, Pagani S i wsp. Capecitabine and vinorelbine in elderly patients (≥ 65 years) with metastatic breast cancer: a phase I trial. *Ann Oncol*. 2004;15:1760-5.