

Stany nagłe w opiece paliatywnej



Stany nagłe w opiece paliatywnej

Sytuacje kliniczne, w których dochodzi do nagłego i szybkiego pogorszenia stanu zdrowia stanowiące bezpośredni stan zagrożenia życia.

Medycyna paliatywna jest także rodzajem medycyny interwencyjnej.

Stany nagłe w opiece paliatywnej

- 1) Stany związane z zespołami bólowymi - silny niekontrolowany ból
- 2) Zespoły uciskowe – wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, zespół ucisku rdzenia kręgowego, zespół żyły głównej górnej
- 3) Stany wynikające z zaburzeń metabolicznych i hormonalnych - hiperkalcemia, zespół lizy guza, hiponatremia, hipokaliemia

STANY NAGŁE W OPIECE PALITYWNEJ

- 4) Powikłania hematologiczne: krwotoki, zatorowość, trombocytomia, leukopenia
- 5) Inne - panika oddechowa, drgawki, ostra dystonia mięśniowa

ZESPÓŁ UCISKU RDZENIA KRĘGOWEGO



ZESPÓŁ UCISKU RDZENIA KRĘGOWEGO

- Występuje u 5% pacjentów z chorobą nowotworową ,
- Najczęściej dochodzi do kompresji torebki rdzenia przez guz,
- Najczęściej u pacjentów z rakiem płuca, rakiem prostaty, rakiem piersi, szpiczakiem mnogim,
- U 70% dotyczy kręgosłupa piersiowego

ZESPÓŁ UCISKU RDZENIA KRĘGOWEGO

Objawy:

- ból w okolicy kręgosłupa nasilający się podczas ruchu zginania kręgosłupa, nasila się także w pozycji leżącej (w odróżnieniu od dyskopatii)
- objawy neurologiczne: osłabienie mięśni zaczynające się od części dystalnej kończyn dolnych, zaburzenia czucia, porażenia - w zaawansowanej postaci

ZESPÓŁ UCISKU RDZENIA KRĘGOWEGO

- Objawy autonomiczne – późne, zaburzenia w oddawaniu moczu i/ lub stolca, zniesienie potliwości, impotencja.
- W badaniu fizykalnym: bolesność kręgosłupa w zajęтым odcinku, osłabienie siły mięśniowej, spastyczność, nieprawidłowe odruchy mięśniowe.
- Brak objawów nie wyklucza zespołu ucisku rdzenia kręgowego

ZESPOŁU UCISKU RDZENIA KRĘGOWEGO

- Pacjent z chorobą nowotworową + nagły ból pleców + osłabienie siły kończyn dolnych = podejrzenie zespołu ucisku rdzenia kręgowego
- Diagnostyka: badania obrazowe (NMR, TK)
- w zależności od stanu pacjenta
- Leczenie: glikokortykosteroidy (Dexamethason, Dexaven) , lek przeciwbólowe
- Radioterapia?
- Zabiegi chirurgiczne?

- i.v. 16 –nawet do 100 mg deksametazonu natychmiast + pilna radioterapia przypadku niektórych nowotworów chemioterapia bywa leczeniem preferowanym (nowotwory chemiowrażliwe - chłoniak, szpiczak, rak piersi)
- leczenie neurochirurgiczne nie ma znaczącej przewagi nad ww. kombinacją u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową, jest wskazane w przypadku narastania niedowładu w trakcie radioterapii, przy zmianach na poziomie szyjnym, przy niejasnej diagnozie (umożliwia pobranie materiału).

W przypadku ucisku na rdzeń i dokonanej paraplegii radioterapia ma znaczenie jedynie przeciwbólowe, a kortykosteroidy mogą poprawić czynność zwieraczy. Ucisk na ogon koński występuje typowo w guzach miednicy, główną odmiennością jest wiotki charakter niedowładu i zanikłe odruchy, wyniki leczenia radioterapią są gorsze.

ZESPÓŁ ŻYŁY GŁÓWNEJ GÓRNEJ

- Dość częsty
- Powstaje w wyniku zastoju w przepływie krwi żyłnej w obszarze górnej połowy ciała na skutek rozrostu mas nowotworowych w górnym śródpiersiu;
- Najczęściej u pacjentów z rakiem płuc, chłoniakami, z przerzutami z innych nowotworów do śródpiersia

ZESPÓŁ ŻYŁY GŁÓWNEJ GÓRNEJ

Objawy:

- obrzęk twarzy i szyi, kończyn górnych
- Poszerzenie naczyń żylnych szyjnych i klatki piersiowej
- Zaczerwienienie twarzy, sinica
- Wytrzeszcz gałek ocznych
- Rzadziej: trudności w połykaniu, chrypka



Superior Vena Cava Syndrome



ZESPÓŁ ŻYŁY GŁÓWNEJ GÓRNEJ

Radioterapia przynosi ulgę w objawach, a osłona z kortykosteroidów zapobiega wstępnemu nasileniu obrzęku przy radioterapii.

Chemioterapia jest stosowana z wyboru u chorych z drobnokomórkowym rakiem płuca, chłoniakami, nowotworami jąder.

Najnowszą metodę postępowania, która zyskuje coraz większe rozpowszechnienie stanowi implantacja stentu do żyły głównej górnej. W przypadkach kiedy stwierdza się obecność zakrzepu w zwężonym naczyniu stosuje się leczenie trombolityczne z kontynuacją w postaci leczenia przeciwwzakrzepowego.

LECZENIE OSTRYCH OBJAWÓW

- tlenoterapia
- i.v. deksametazon 16–24 mg
- i.v. furosemid 40–80 mg
- morfina (objawowo w celu złagodzenia duszności)
- leczenie przeciwzakrzepowe (jeżeli w badaniach dodatkowych potwierdzono obecność skrzeplin w miejscu przewężenia żyły głównej górnej)
- w stanie terminalnym – sedacja (np. midazolam).

HIPERKALCEMIA

- U 10% chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową
- Najczęściej w przebiegu raka piersi, płuca, nerki, jajnika, szpiczaka mnogiego
- Do hiperkalcemii dochodzi na skutek niszczenia struktur kostnych przez nowotwory pierwotne i wtórne oraz przez wydzielanie przez komórki nowotworowe parathormonu
- Zespoły paranowotworowe

HIPERKALCEMIA

- U ok. 50% ma bezobjawowy przebieg
- W przełomie hiperkalcemicznym :
 - **zaburzenia czynności nerek** (wielomocz, polidypsja, hiperkalciuria)
 - **zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego** (brak apetytu, nudności, wymioty, zaparcie)
 - **zaburzenia funkcji serca** (tachykardia, niemierność)
 - **osłabienie siły mięśniowej,**
 - **ból głowy, depresja, osłabienie, senność**

HIPERKALCEMIA

- Pomiar poziomu Ca w surowicy
- Hiperkalcemia = $\text{Ca} > 2,75 \text{ mmol/l}$ ($11 \text{ mg\%}$, $5,5 \text{ mEq/l}$)
- $2,99 - 3,37 \text{ mmol/l}$ = hiperkalcemia umiarkowana
- $> 3,37 \text{ mmol/l}$ = hiperkalcemia ciężka
- -przy niskim poziomie albumin należy obliczyć skorygowany poziom wapnia

Skorygowany poziom wapnia (mmol/l) = całkowity poziom wapnia + $0,02 \times (40 - \text{albuminy w g/l})$

HIPERKALCEMIA

- Leczenie:
 - Nawadnianie 3000-5000ml 0,9%NaCl w powolnym wlewie w zależności od stanu
 - Diureza wymuszana – Furosemid 80-120 mg i.v. , po nawodnieniu

Glikokortykosteroidy:

- hydrocortison 3-4 x 100mg i.v.(hamują wchłanianie Ca z jelit)

ew. Dexamethason 8-16mg /dobę

HIPERKALCEMIA

- Kalcytonina 50-200 (100) j.m/d i.m. lub 50 j.m/d s.c.

Zalecana u pacjentów z niewydolnością nerek, obniża poziom wapnia szybko, ale na krótko, tachyfilaksja

- Bisfosfoniany np.: pamidronian co 4-6 tyg. W dawce 60-90 mg w 500 ml 0,9 % NaCl
kwas zoledronowy 4 mg/5 ml + suplementacja wapnia 500 mg + wit.D3 400 j.m. p.o.
(hamują resorpcję kości poprzez hamowanie aktywności indukując apoptozę oteoklastów)

ZESPÓŁ LIZY GUZA

W onkologii jest najczęstszą i główną przyczyną hiperurykემii (zwiększonego stężenia kw.moczowego), hiperfosfatemii i hiperkaliemii i hipokalcemii

- Gwałtowny rozpad komórek nowotworowych i uwolnienia pod wpływem zastosowanej terapii, znacznych ilości składników wewnątrzkomórkowych do przestrzeni pozakomórkowej (kwasy nukleinowe, ich metabolity, fosforany i potas)

Kwasy nukleinowe są metabolizowane do kwasu moczowego przy udziale oksydazy ksantynowej. Fizjologicznie z moczem w ciągu doby wydalone jest ok. 500 mg kw. moczowego.

Moczany są trudno rozpuszczalne w kwaśnym środowisku. W warunkach hiperurykემii dochodzi do precypitacji kryształów kwasu moczowego w cewkach nerkowych i dochodzi do niewydolności nerek.

Fosforany wiążą jony wapnia co powoduje nefrokalcynozę i potęguje ONN i hipokalcemię.

Hiperkaliemia jest powodem groźnych zaburzeń rytmu.

Inne objawy: napady tężyczki hipokalcemicznej, drgawki, kurcze i porażenie mięśni, nudności, wymioty.

Najczęściej rozwija się po 48 godz. Od podania ChTH, ale może wystąpić nawet po 2 tyg. (np.: Tamoksifen, rytuksymab)

Kryteria laboratoryjnego zespołu rozpadu guza:

- 1) Kwas moczowy - ≥ 8 mg% lub wzrost o 25%
- 2) Fosforany - $\geq 1,45$ mmol/l lub zwiększenie o 25%
- 3) Potas - ≥ 6 mmol/l lub wzrost o 25%
- 4) Wapń - $\leq 1,75$ mmol/l lub zwiększenie o 25%

(zmiana stężenia powinna nastąpić w ciągu 3 dni przed terapią cytotoksyczną lub do 7 dni po niej)

Kliniczne cechy zespołu lizy guza

- Ostra niewydolność nerek
- Sercowe zaburzenia rytmu i przewodzenia
- Drgawki
- Większe ryzyko w nowotworach szybko proliferujących i wysoce wrażliwych na terapię, dużej masie nowotworu, nieprawidłowej czynn.nerek przed leczeniem, wysokiego stęż.kw.moczowego, odwodnienia, podwyższonego stęż. LDH

Leczenie:

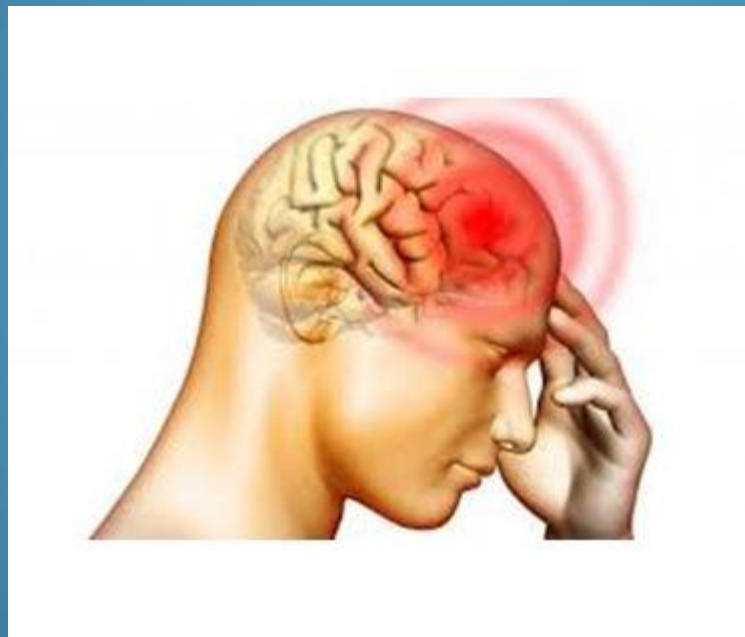
Najważniejsze zapobieganie!

- allopurynol 300 mg+ nawodnienie+ wymuszona diureza

(allopurynol hamuje oksygenazę ksantynową)

- Rasburykaza 0,15-0,2 mg/kg mc/dobę/ i.v. + nawodnienie 3l/m² + mannitol 0,5g/kg m.c. co 6 godz. + Furosemid 1-2 mg/kg m.c co 6-8 godz.
(rekombinowana postać enzymu oksydazy moczanowej – rozkłada kwas moczowy do bardzo dobrze rozpuszczalnej w moczu alantoiny i H₂O₂) Powoduje hemolizę zwłaszcza przy niedoborze dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej).

ZESPÓŁ WZMOŻONEGO CIŚNIENIA ŚRÓDCZASZKOWEGO



ZESPÓŁ WZMOŻONEGO CIŚNIENIA ŚRÓDCZASZKOWEGO

- Przyczyny :
 - Nowotwory pierwotne i przerzutowe układu nerwowego
 - Krwawienie śródczaszkowe
 - Zakrzepica żylna
 - Urazy czaszkowo-mózgowe
 - Udar mózgu
 - Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

ZESPÓŁ WZMOŻONEGO CIŚNIENIA ŚRÓDCZASZKOWEGO

Najczęstsze nowotwory dające przerzuty do centralnego układu nerwowego:

rak płuca, czerniak, rak tarczycy, rak piersi

ZESPÓŁ WZMOŻONEGO CIŚNIENIA ŚRÓDCZASZKOWEGO

Objawy:

- Bóle głowy
- Nudności i wymioty
- Drgawki
- Zaburzenia świadomości do śpiączki

W badaniu fizykalnym:

- Nierówność źrenic
- Objawy oponowe, sztywność karku
- Obrzęk tarczy nerwu wzrokowego

ZESPÓŁ WZMOŻONEGO CIŚNIENIA ŚRÓDCZASZKOWEGO

Leczenie objawowe:

- Glikokortykosteroidy: Dexamethason s.c./i.v.
24-32 mg/d , po uzyskaniu poprawy stanu
redukcja dawki do 4-8 mg/d
- Leczenie osmotyczne: Mannitol 20%
0,5 -2 ml/kg mc,
- Ew. diuretyki pętlowe
- Radioterapia (?)
- Leczenie chirurgiczne (?)

ZŁAMANIE KOŚCI

- * Najczęściej w miejscach przerzutów nowotworowych, osteoporozy
- * Najczęściej u pacjentów z rakiem płuc, prostaty, jelita grubego, nerki, szpiczaka

Objawy:

- patologiczna ruchomość
(u obłożnie chorych trudno rozpoznać patologiczną ruchomość)
- silny ból o nowym umiejscowieniu, nasilający się przy ruchach biernych
- pogrubienie obrysów kończyn
- skrócenie kończyny
- przymusowe ułożenie kończyny

ZŁAMANIE KOŚCI

Leczenie:

- uśmierzanie bólu i zapewnienie bezbolesnej zmiany pozycji (dodatkowe dawki leków przeciwbólowych przed toaletą),
- unieruchomienie złamania,
- leczenie przeciwbólowe:
 - zastosowanie chirurgicznego zespolenia
 - radioterapia
 - rehabilitacja



KRWOTOKI

- 1) Krwawienia z przewodu pokarmowego – wymioty z krwią, krwiste stolce
- 2) Krwawienie z dróg rodnych
- 3) Krwawienie z układu oddechowego
- 4) Krwawienie na skutek uszkodzenia tętnicy przez nowotwór



KRWAWIENIE Z PRZEWODU POKARMOWEGO

- Krwawienia z przewodu pokarmowego:
 - Krwawe wymioty
 - Smoliste stolce
 - Świeża krew w stolcu

Przyczyny:

- Guzy pierwotne żołądka i jelita grubego – najczęściej
- Krwawienia z żyłaków przełyku- gdy cała wątroba zajęta jest przez przerzuty

KRWAWIENIE Z PRZEWODU POKARMOWEGO

- Krwawienia per rectum- naciek ściany jelita przez nowotwór pęcherza moczowego lub macicy
- Stosowanie leków- NLPZ, steroidy itp.

LECZENIE:

- Stosowanie inhibitorów pompy protonowej – gdy krwawienie z żołądka- np. esomeprazol (jeden zarejestrowany do leczenia krwawienia z p.pok, przez Agencję ds. Żywności i Leków) 80 mg bolus i.v. + 8 mg/h do 72 godz.
- Leczenie endoskopowe, chirurgiczne

USZKODZENIE TĘTNICY PRZEZ NOWOTWÓR



USZKODZENIE TĘTNICY PRZEZ NOWOTWÓR

- Założenie opatrunku uciskowego
- Podczas wymiany opatrunku zmieniać tylko warstwę zewnętrzną
- Używać zielonej chusty – maskujący kolor
- Uspokojenie pacjenta : midazolam 10 mg s.c. lub relanium 10 mg per rectum

W przypadku krwotoku zewnętrznego stosuje się ucisk na krwawiące naczynie, miejscowe przymoczki z epinefryny lub kwasu traneksamowego, można następnie rozważyć embolizację lub paliatywną radioterapię (szczególnie dobre są wyniki w leczeniu wrzodziejących i krwawiących guzów sutka i w terapii krwioplucia w przebiegu guzów płuca).

Profilaktyka nawrotów krwawień z owrzodzeń nowotworowych polega także na stosowaniu odpowiednich (nieprzysychających) opatrunków oraz układowym stosowaniu leków przeciwkrwotocznych (etamsylat). Istotna jest też rozważa przy ordynacji leków usposabiających do krwawień.

Krwawienie z dróg oddechowych

- Zabezpieczyć drożność dróg oddechowych, odessanie krwi i ew. skrzepów
- bronchoskopia z płukaniem drzewa oskrzelowego zimnym roztworem soli fizjologicznej lub roztworem adrenaliny
- Leki p/krwotoczne
- Leki p/kaszlowe
- Leki uspokajające benzodiazepiny
- Paliatywna RTH
- Embolizacja określonych naczyń (gdy przewidywane przeżycie dłuższe niż 3 miesiące)

GORĄCZKA NEUTROPENICZNA

Jednorazowy wzrost temperatury $>38,2$ st C
mierzony w jamie ustnej lub temp. ≥ 38 st C
utrzymująca się co najmniej godzinę
mierzona pod pachą

European Conference on Infection in Leukemia (ECIL)

Neutropenia

Definicja

- obniżenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC) poniżej 1,5 G/l
 - łagodna $1,0 < \text{ANC} \leq 1,5 \text{ G/l}$
 - umiarkowana $0,5 < \text{ANC} \leq 1,0 \text{ G/l}$
 - ciężka $\text{ANC} \leq 0,5 \text{ G/l}$

Występowanie

- naturalny przebieg choroby
- w następstwie chemioterapii i/lub radioterapii

Przełom neutropeniczny

Przyczyny:

- chemioterapia (po 7–21 dniach, zależnie od zastosowanych leków)
- radioterapia (po 7–14 dniach) zajęcie szpiku (rozrostowe choroby hematologiczne)
- aplazja szpiku (najczęściej jako powikłanie polekowe!)

Objawy – zwykle raptownie postępująca infekcja
(posocznica) bakteryjna lub grzybicza:

- gorączka $> 38^{\circ}\text{C}$
- ból gardła
- dreszcze
- produktywny kaszel z ropną plwociną
- ból i owrzodzenia w jamie ustnej
- często współtowarzyszące objawy niedokrwistości i trombocytopenii
- wstrząs

Postępowanie

- jest uzależnione od rokowania i przewidywanej odwracalności procesu chorobowego
- jeśli zakłada się potencjalną odwracalność stanu, wskazane jest pilne przyjęcie do leczącego oddziału onkologicznego (powinno się to rozważyć u wszystkich chorych w trakcie chemioterapii z powyższymi objawami),
- antybiotyki o szerokim spektrum, leki przeciwgrzybicze oraz czynniki stymulujące szpik
- jeśli przełom ma charakter nieodwracalny (np. przy zajęciu szpiku przez tkankę nowotworową), wdraża się wyłącznie leczenie objawowe