

109 Lymfologická péče u pacienta s nádorovou duplicitou : tonsila – plíce.

Vítová V., Vítová H.

Masarykův onkologický ústav Brno

Úvod

Oblast hlavy a krku je poměrně hustě zásobena lymfatickými strukturami. Zhoubné nádory (ZN) uvedené oblasti snadno metastázuje lymfogenní cestou. Je tedy často nutností v rámci protinádorové léčby chirurgické i radioterapie odstranit kromě primárního nádorového ložiska i svodnou lymfatickou oblast. Vedlejším komplikujícím účinkem uvedených postupů je rozvoj poměrně typického sekundárního lymfedému kůže submentální, submandibulární krajiny, ale i celé hlavy.

Lymfedém hlavy a krku, zejména pak pokročilý – tuhé konzistence, značně snižuje kvalitu života takového onkologického pacienta.

Cíl

Cílem sdělení je upozornit na profit onkologických pacientů ze systematického přístupu zkušeného a informovaného lymfologa v rámci komplexní onkologické péče.

Metodika

Lymfologická léčba se obecně sestává ze 4 základních složek, a to : manuální lymfodrenáže, užívání kompresivních přístrojů, zevní komprese a speciálního cvičení. Pouze jako podpůrná léčba jsou použitelná venotonika nebo proteolytické enzymy. Léčba každého pacienta by měla být sestavena individuálně, nejen dle lokálního nálezu, ale pohled lymfologa by měl být komplexní, i s ohledem na stabilitu onkologického onemocnění a další komorbiditu. Základní léčba lymfedému hlavy a krku je vlastně omezena na možnost provádění manuálních lymfodrenáží, určitým způsobem modifikované zevní komprese a cvičení mimického svalstva proti elastické podložce. (Poslední 2 techniky v současné době ještě nejsou uspokojivě propracovány a způsobují technické problémy).

V případě níže uvedeného pacienta mohly být použity : speciální technika manuálních lymfodrenáží a cvičení mimického svalstva a znalost rizikových faktorů pro vývoj vícečetných malignit (VM).

EPIDEMIOLOGICKÁ DATA – rizikové faktory pro vývoj VM s participujícím nádorem hlavy a krku.

Riziková populace byla vymezena na základě výsledků statistické analýzy dat NOR ČR a souboru pacientů s VM, u nichž byl proveden alespoň jeden druh protinádorové léčby v Masarykově onkologickém ústavu Brno. Je charakterizována relativním rizikem (RR) výskytu následné malignity určitého typu a rizikovým časovým intervalem (RI) vyjádřeným v rocích, v němž se taková malignita druhotně vyvine.

U mužů:

- s primárním nádorem hrtanu (C32) vznikne následně ZN plic (C33 – C34) při RR=2,23, RI=8,80
- s primárním nádorem ORL oblasti (C00 – C14) vznikne následně ZN plic (C33 – C34) při RR=1,74, RI=8,10
- s primárním nádorem ORL oblasti (C00 – C14) vznikne následně ZN ORL oblasti (C00 – C14) při RR=2,99, RI=7,74
- s primárním nádorem plic (C33 – C34) vznikne následně nádor hrtanu (C 32) při RR=2,63, RI=4,98

U žen:

- s primárním nádorem hrtanu (C32) vznikne následně ZN plic (C32 – C33) při RR=9,98, RI=7,28

Dále bylo zjištěno, že rizikový faktor KOUŘENÍ statisticky významně ovlivňuje zvýšení počtu následných ZN plic (C33 – C34) při RR=3,67 u žen a RR=5,13 u mužů. Údaj o kouření více než 10 cigaret denně se vyskytl ve 100% případů nádorových duplicit : primární ZN hrtanu (C32) nebo dutiny ústní a jejich orgánů (C00 – C14) a následný ZN plic (C33 – C34) bez ohledu na pohlaví.

REHABILITAČNÍ PÉČE V ONKOCHIRURGII A ONKOLOGII**KAZUISTIKA** (soubor základních údajů):

Muž: narozen 1940, v průběhu onkologického onemocnění normostenik, eupsychický, fyzikální nález – až na neznatlivé varixy s lehkými trofickými kožními změnami dolních končetin, hypertrofii prostaty a lymfedém hlavy a krku v různé fázi kompenzace – v normě.

Rizikové faktory: v předchorobí značná obezita cca 130 – 135 kg (výška 185 cm), kouření : od 22 do 52 let kouřil v průměru 50 cigaret denně, s maximem až 80 cigaret denně, absolvent přírodovědecké fakulty, celý profesionální život zaměstnanec armády.

V rodině výskyt ZN neudává, v předchorobí léčen pro hypertenzi, dnu a borréliosu.

V roce 2003 (v 63 letech) v souvislosti s proběhlou cca 6 týdnů trvající virózou pociťoval bolest levého ucha a škrábání vlevo v krku.

Diagnóza:

Primární ZN: Ca tonsillae (C090) l.sin cum meta colli l.sin, T4N3M0,
histologie: nízcí diferencovaný spinocelulární ca.

Protinádorová léčba:

rozšířená tonsilektomie vlevo s konzervativní blokovou resekcí krčních uzlin vlevo, následně radioterapie na oblast hltanu, krku a nadklíčků (43Gy), boost na lůžko tonsilly vlevo a hltanu (63 Gy).

Vedlejší účinky léčby trvalého charakteru: rozšiřující se otok v oblasti mandibuly na kůži celé hlavy -postupně tuhnoucí, subjektivně vnímaná suchost a pálení sliznic dutiny ústní, ztráta chuťových vjemů, změna kvality chuti, nesnášenlivost masa, sladkého, slaného včetně Vincentky, nechutenství, hmotnostní úbytek 40 kg/4 měsíce, přechodně po fyzické námaze slabost a tachykardie, chrapt.

Lymfologická léčba byla zavedena po 4 měsících od ukončení protinádorové léčby, kdy byl z onkologického hlediska proces stabilizován. Náplň : manuální lymfodrenáže (soubor speciálních hmatů k ošetření krku, hrudníku, zad, hlavy, prodýchání břicha) většinou 2 – 3x týdně + cvičení mimického svalstva proti elastické podložce (rukám nebo speciálně upravené molitanové podložce) minimálně 2x denně. Během 4 měsíců léčby postupně změknutí otoku, jeho redukce s objektivním zjištěním mimických vrásek. Lymfedém přešel do fáze reversibilní, byl minimalizován až na migrující ostrůvky v oblasti kůže kalvy a submandibulárně.

Po cca 23 měsících byla manuální lymfologická léčba zastavena pro vznik subfebrilií kolem 37,0 – 37,5 °C, které postupně narůstaly, zejména navečer kolem 39 a více °C, bolesti pravého ramene, pocit celkového infekčního onemocnění. Klinicky zjištěny pouze na plicích poslechově pravostranně bazálně chrůpky, na rtg plic: pneumonia l.dx. paracardialis (reziduální?), vysoké hodnoty CRP 188,5 mg/l. Vzhledem k tomu, že bakteriologické vyšetření neprokázalo konkrétní patogen, byl empiricky přeléčen antibiotikem, po němž nastalo přechodné zlepšení subjektivních potíží. Během 4 týdnů se původní potíže znovu objevily a akcentovaly.

Vzhledem k jisté váhavosti specialistů v oboru interny, onkologie a radiologie na straně jedné, znalosti rizikových faktorů VM a komplexnímu pohledu na pacienta lymfologem na straně druhé byl odeslán k upřesnění nálezu na plicích na kliniku TRN, kde byl diagnostikován

Následný (tzv. sekundárně primární) **ZN** plic (C34.3), T2M0N0,
histologie: nízcí diferencovaný spinocelulární ca

Protinádorová léčba: chemoterapie (CBDCA, Taxol). ZN přes léčbu progredoval, následně aplikována radioterapie na oblast nádoru v pravé plicí a mediastina (62 Gy) – po této pacient léčbě bez teplot, subjektivně pociťuje zlepšení včetně vymizení dušnosti. Zůstává v péči TRN, pokračuje léčba preparáty Tarceva, Alimta, při přeshetření zjištěny metastázy v játrech, transitorní stavy zmatenosti, vertigo, po kortikoidech ústup potíží.

Lymfologická léčba pak po celou dobu cca 18 měsíců byla omezena pouze na podpůrnou psychoterapii lékaře a cvičení mimického svalstva proti elastické podložce – objektivně došlo k určitému zhoršení otoku v obličeji. Nikdy však otok nedosáhl takového stupně jako na počátku lymfologické léčby.

REHABILITAČNÍ PÉČE V ONKOCHIRURGII A ONKOLOGII

Kvalita života: po celou dobu onkologického onemocnění byl KI hodnocen v rozmezí 80-90%, laboratorně progredovala hypokalémie, byl mírně dušný a měl bolesti ve svalch dolních končetin pouze při chůzi do kopce nebo schodů. Ostatní běžné aktivity zvládal dobře. Závažnější potíže byly zaznamenány pouze poslední týden života – stavy zmatenosti, vertiga, dušnosti a dyspnoe a nakonec dušení.

Pacient exitoval v lednu 2008 s diagnózou diseminace plicního nádoru.

Diskuze

Uvedená kazuistika představuje případ vývoje onkologického onemocnění s relativně známou nádorovou duplicitou: tonsiloma – plíce (*Levi et al.* – dle zahraničních autorů jde o *tobacco related cancers*) a doprovodným sekundárním lymfedémem. Začlenění lymfologa do léčebného týmu a zavedení léčby sestavené pro konkrétního člověka, byť částečně improvizované, přineslo dobrou kvalitu života pacienta až téměř do konce jeho života a relativně včasný záchyt následné malignity (*Vítová a kol.*) zejména díky komplexnímu přístupu k problému a znalosti epidemiologických souvislostí. Nepříznivý vývoj onkologického onemocnění značnou měrou ovlivnila histologická povaha nádoru plic (nízce diferencovaný spinocelulární carcinom plic a jeho značná resistance k protinádorové léčbě – chemo- i radioterapii).

V průběhu onemocnění pacient projevoval zájem o pochopení procesů, které probíhají v jeho těle v různých fázích onkologického onemocnění. Vyhledával pravdivou komunikaci s lékařem. V souladu se zkušenostmi autorů *Benda a kol.* si situace vyžádala, aby lymfolog vcelku pravidelně prováděl podpůrnou psychoterapii za účelem informovanosti pacienta o zdravotním stavu. Pacient si přímo i nepřímo žádal, aby mu lékař pomohl hledat východiska z konkrétních zdravotních problémů.

Lymfologická léčba byla přizpůsobena (tzv. „šita na míru“) právě tak, jak to momentální zdravotní stav pacienta dovozoval. V počátku léčby nebyl ještě znám způsob (například používání kompresivních masek na noc), jak komprimovat oblasti hlavy a krku. Pokusnou bandáž pacient nesnášel. Provádění manuálních lymfodrenáží v první fázi s frekvencí 2-3x týdně s přestávkami nebylo možno provádět denně převážně pro zdravotní komplikace u nemocného (sanace chrupu, hnisavý proces kožního ateromu, febrilie, apod.), ale též pro nedostatečnou pracovní kapacitu lymfoterapeutů. Nutné, poměrně časté kontroly lékařem – lymfologem – znamenaly navázání vztahu důvěry k lékaři – až do konce života provádění podpůrné psychoterapie lymfologem. Klasickou psychologickou péčí nepotřeboval – odmítal.

Závěr

Z výše uvedených zkušeností se jeví užitečné :

- 1) Zavčas zapojit do léčebného onkologického týmu zkušeného a informovaného lékaře – lymfologa,
- 2) který je schopen uplatňovat komplexní přístup k onkologickému pacientovi. Pouze lokální léčba otoku je ve většině případů nedostačující, někdy až kontraproduktivní.
- 3) V budoucnu je nutno věnovat větší pozornost vývoji kompresivních pomůcek i pro tělesné oblasti: hlava, krk, trup, genitálie. Zatím jde spíše o improvizace. V určitých fázích onkologického onemocnění mohou být jediným způsobem, jak zabránit progresi lymfedému, jeho komplikacím a zhoršení kvality života.
- 4) Existují rezervy ve zlepšování komunikace mezi jednotlivými členy léčebného onkologického týmu nejen v rámci jednoho zdravotnického zařízení. Při léčbě pacientů a vícečetnými malignitami by se měla tato otázka v zájmu pacienta řešit i mezi participujícími zdravotnickými subjekty.

Literatura

1. Benda K. a kol: Lymfedém – komplexní fyzioterapie, lymfodrenáže a doplňující léčebná péče, NCO NZO, Brno 2007
2. Levi F., La Vecchia C. et al.: Multiple primary cancers to indicate associations between smoking and cancer incidence: Vaud and Neuchatel, Switzerland, 1974 – 1994, Letter to editor. Int.J.Cancer : 76, 913 – 914
3. Vítová V. a kol.: Dispenzarizace pacientů s vícečetnými malignitami, Edukační sborník BOD, Masarykův onkologický ústav, Brno 23.-25. dubna 2007, s.108 – 111
4. Vítová V. a kol.: Vícečetné malignity v praxi praktického lékaře, Causa subita, ročník 5, číslo 9, listopad 2002, s.430 – 433.
5. Vítová V., Pecan L. a kol.: Tumor markers exploitation for early detection of multiple malignancy, ISOBM Barcelona, September 29 th – October 3 rd, 2001, Abstract book, page 150.