

Co je postup „lege artis“ u onkologického pacienta v terminálním stavu?

What is the Clinically Appropriate Approach to a Terminally Ill Oncological Patient?

Sláma O.

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Úvod

Přes nesporné úspěchy moderní protinádorové léčby zůstává skutečností, že v ČR každoročně více než 27 000 pacientů umírá v přímé souvislosti se svým onkologickým onemocněním a jeho léčbou. Úmrtí v důsledku komplikací protinádorové léčby představují díky pokrokům v podpůrné léčbě pouze malou část. Většina úmrtí je způsobena léčebně neovlivnitelnou progresí onkologického onemocnění. V závěru života dochází k nevratnému selhání jedné nebo více orgánových soustav. Stav pacienta v této situaci bývá označován jako **terminální**. Pro ošetřujícího onkologa vyvstává otázka, co je u takového pacienta cílem léčby a jaký je odborně správný (= klinicky přiměřený), ale také eticky a právně akceptovatelný rozsah léčby a péče. Je třeba především rozhodnout o indikaci některých „život prodlužujících“ léčebných postupů.

Co je cílem léčby u pacienta v terminálním stavu?

Jako terminální označujeme stav pacienta, u něhož dochází v důsledku diseminovaného nebo lokálně pokročilého nádorového onemocnění nebo jeho komplikací k nevratnému selhávání jedné nebo více orgánových soustav. **Úmrtí je u takového pacienta neodvratným a očekávaným vyústěním** jeho stavu, a to v časovém horizontu hodin, dnů, výjimečně týdnů. **Cílem léčby je minimalizace dyskomfortu v závěru života, nikoliv prodlužování terminální fáze nemoci („umírání“).**

Co je postupem „lege artis“ u pacienta v terminálním stavu?

Indikovány jsou pouze ty léčebné postupy, které bezprostředně přispívají ke zmírnění dyskomfortu, především k mírnění bolesti a dalších symptomů a k péči o psychosociální strádání. Postupy, které „standardně“ užíváme u kriticky nemocných, nahrazující selhávající orgánové funkce a vedoucí k prodloužení a udržení života, u pacienta v terminálním stavu obvykle indikovány nejsou. Tato skupina pacientů zpravidla nemá prospěch z umělé plicní ventilace, hemodialýzy, kardiopulmonální resuscitace (KPR), farmakologické podpory krevního oběhu, antibiotik, parenterální výživy. Tyto postupy nevedou k zmírnění utrpení pacienta v závěru života. Naopak mohou terminální fázi nemoci prodloužit, prohloubit pacientův dyskomfort a narušit jeho právo na klidnou a důstojnou smrt. Nezahájení těchto „život udržujících“ postupů u pacientů v terminálním stavu je odborně správným postupem, který je v souladu s etickým kodexem České lékařské komory („*Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu*“) [1] i českým právním řádem [2]. Skutečnost, že stav pacienta hodnotíme jako terminální, je však třeba podrobně zaznamenat v lékařské dokumentaci, stejně jako naše rozhodnutí odstoupit od některých výše



MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Klinika komplexní onkologické péče

Masarykův onkologický ústav

Žlutý kopec 7

656 53 Brno

e-mail: oslama@mou.cz

zmíněných léčebných postupů. Je maximálně žádoucí o cílech léčby v závěru života otevřeně hovořit také s pacientem a jeho blízkými a získat pro paliativní léčebný postup jeho souhlas. S tím souvisí otázka, zda jsme schopni dostatečně jednoznačně určit, že se pacient v terminálním stavu nachází a odlišit jej od potenciálně vratného orgánového selhávání (rozdíl „terminálně nemocný“ vs „kriticky nemocný“).

Klinická kritéria pro definici „terminálního“ stavu

V Masarykově onkologickém ústavu v Brně jsme v roce 2009 vedli diskuzi o klinickém vymezení terminálního stavu v souvislosti s přípravou směrnice o KPR. V následujícím textu vycházím z textu tohoto dokumentu [3].

Stav pacienta může být označen za terminální, pokud splňuje velké kritérium a alespoň jedno malé kritérium a ošetřující lékař je na základě komplexního zhodnocení klinického stavu přesvědčen, že onemocnění pacienta bezprostředně ohrožuje na životě a při obvyklém průběhu nemoci lze exitus očekávat v časovém horizontu hodin, dnů, výjimečně týdnů.

Velké kritérium:

Nádorové onemocnění (lokálně pokročilé nebo metastatické), které není ovlivnitelné žádnou modalitou protinádorové léčby.

Malá kritéria:

1. Pokročilá progredující nádorová kachexie omezující funkční zdatnost pacienta na hodnoty KI menší než 30 %.
2. Progredující jaterní selhání při prokázaném nádorovém poškození jater. V případě maligní biliární obstrukce nemožnost zajištění biliární drenáže (operace, PTD, stent via ERCP) nebo pacientovo odmítnutí tohoto výkonu.
3. Progredující renální selhání refrakterní na konzervativní léčbu.
4. Respirační selhávání v důsledku nádorového poškození plic nebo pleury, maligním pleurálním výpotku nebo ochablosti dechového svalstva při kachexii.

5. Srdeční selhání refrakterní na standardní léčbu.
6. Septický šok refrakterní na standardní léčbu.
7. Neztížitelné krvácení při krvácení z nádoru nebo paraneoplastické hemoragické diatéze (koagulopatie, trombocytopenie, trombocytopenie).
8. Závažná paraneoplastická hyperkalcemie a hyponatermie refrakterní na standardní léčbu.
9. Subileózní nebo ileózní stav při maligní střevní obstrukci, který není řešitelný chirurgickou léčbou a je refrakterní na konzervativní léčbu.
10. Progredující neurologické a psychiatrické symptomy (delirium, sopor, koma) při nádorovém poškození CNS refrakterní na antiedémovou léčbu.
11. Závažné interní onemocnění (např. infarkt myokardu, plicní embolie), které s ohledem na celkový stav pacienta a přítomné orgánové dys-

funkce nelze řešit intenzivní kauzální léčbou.

Závěr

Dobrá paliativní péče o pacienta v terminálním stavu předpokládá, že je klinický stav pacienta správně zhodnocen jako „terminální“. Výše uvedená kritéria mají toto zhodnocení usnadnit. U pacientů v terminálním stavu se stává cílem léčby mírnění dyskomfortu při umírání. To vytváří rámec pro rozhodování, které léčebnou postupy jsou indikovány. Je velmi žádoucí, aby se pacient a s jeho souhlasem i jeho blízcí na tomto rozhodování podíleli.

Literatura

1. Stavovský předpis č. 10. Etický kodex České lékařské komory. Praha: ČLK 2007.
2. Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
3. Směrnice MOÚ 5/2009 Kardiopulmonální resuscitace v MOÚ. Brno: MOÚ 2009.