

Prikaz bolesnika s uznapredovalim karcinomom prostate: što učiniti kada bolesnik odbije predloženo liječenje?

Patient with advanced prostate cancer: What to do when a patient refuses the recommended therapy?

Danijela Daus-Šebedak, Mladenka Vrcić Keglević*

Sažetak

U članku je prikazan bolesnik s uznapredovalim stadijem karcinoma prostate koji je odbio predloženi način aktivnog onkološkog, a prihvatio samo palijativno liječenje. Radilo se o 77-godišnjem bolesniku s lokalno proširenom i invazivnom (Gleason score 9) bolešću i koštanim metastazama u centralnom skeletu i oba femura. Preporuke urologa o liječenju, orhidektomiji i uzimanju antiandrogena, je odbio, kao i nastojanja obiteljskoga liječnika da ga nagovori. Prihvatiti ili ne prihvatiti bolesnikovu odluku, te razmišljanja je li se moglo učiniti više, dileme su s kojima se susreću liječnici u skrbi za ovakvog ili slične bolesnike. Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Kodeks medicinske etike i deontologije nas obvezuju da uvažimo pravo bolesnika na prihvaćanje ili odbijanje predloženog dijagnostičkog ili terapijskog postupka. Osim toga, sve je više rasprava u literaturi o učinkovitosti onkološkog liječenja pacijenata koji se nalaze u terminalnoj fazi bolesti i sve više dokaza o pogoršanju kvalitete života, najčešće uzrokovane neželjenim učincima kemoterapije, povećanim brojem hospitalizacija i drugim oblicima agresivnih intervencija u osoba koje primaju palijativnu kemoterapiju. Međutim, bez obzira na racionalnost donesenih odluka, u zdravstvenim radnicima koji rade s ovakvim bolesnicima ostaje „gorak okus“, pod većim su stresom i skloniji razvoju sindroma izgorjelosti na poslu. Stoga bi valjalo razmišljati o potrebi sustavnog ulaganja u pružanje podrške zdravstvenim radnicima koji rade s teškim bolesnicima kroz antistres treninge, odjelne sastanke, vršnjačke skupine ili Balintove grupe.

Ključne riječi: odbijanje preporučenog liječenja, karcinom prostate, stres, obiteljska medicina

Summary

This article describes the case of a patient with metastatic prostate cancer who refused recommended active oncologic treatment. The patient was a 77-year-old man, with advanced local cancer status, very high PSA level and bone metastases, to whom castration and antiandrogen therapy were recommended. In spite of the intention of his family doctor to accept the recommendations, the patient and his family remained persistent. He only accepted a palliative home care. Taking care for this patient was not an easy task for his family doctor because many dilemmas arose; to accept or not his decision, or if the medical decisions were evidence-based, have I done enough for this patient? But, from the rational point of view, family doctors should accept their patients' decisions, because they are in accordance to the Croatian Law on Patient's Rights and in accordance to the Doctor's Ethical Code. Moreover, the patient's decision seemed rational from the medical point of view. There is a lot of evidence based (EBM) literature questioning the effectiveness of chemotherapy near the end of life. But, something irrational in family doctor's thoughts and feelings still remains bringing him a certain sort of stress. This was solved through discussion in peer-groups, because other methods do not exist in practice. In conclusion, it could be said that this situation is very common in health care and that further resources, human and material, should be invested in helping the health care professional to deal with the possibility of the burn-out syndrome.

Key words: refusal of recommended therapy, prostate cancer, work stress, family medicine

Med Jad 2015;45(3-4):145-149

* **Specijalistička ordinacija obiteljske medicine „Dr. Danijela Daus-Šebedak“, Podvinje** (Danijela Daus-Šebedak, dr. med.), **Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Zagreb** (prof. dr. sc. Mladenka Vrcić Keglević)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address:* Danijela Daus-Šebedak, dr. med., Specijalistička ordinacija obiteljske medicine „Dr. Danijela Daus-Šebedak“, Trg Sv. Antuna 6, 35107 Podvinje. e-mail: sebedakdani@gmail.com
Primljeno / *Received* 2015-03-25; Ispravljeno / *Revised* 2015-04-13; Prihvaćeno / *Accepted* 2015-05-29.

Uvod

Rak prostate zauzima visoko mjesto među uzrocima smrti u zapadnom svijetu. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) iz 2011. godine, rak prostate u Hrvatskoj je na drugom mjestu po učestalosti, iza raka traheje bronha i pluća, s 1657 novooboljelih godišnje.¹ U skrbi obiteljskoga liječnika godišnje možemo očekivati 10 pacijenata koji se nalaze u podmakloj fazi maligne bolesti, te 4 do 7 novooboljelih pacijenata godišnje od karcinoma različitih lokalizacija, uključujući i prostatu.^{2,3} U oko 80% slučajeva, rak prostate je visoko hormonski osjetljiv, što znači da ga muški spolni hormoni (androgeni) potiču na rast i širenje. Blokiranjem testosterona i drugih androgena zaustavlja se rast i na tom principu se temelji svaki početak liječenja metastatskog karcinoma prostate. Prestanak djelovanja androgena na stanice karcinoma i tkivo prostate postiže se: a) uklanjanjem testosterona iz testisa operacijskom ili medikamentoznom kastracijom; b) blokiranjem vezivanja androgena na receptore u ciljnim tkivima (antiandrogeni); c) združenom primjenom kastracije i antiandrogena, čime se postiže potpuna androgena blokada; i d) inhibicijom sinteze ekstragonadnalnih hormona.⁴⁻⁷

Uklanjanje androgena iz organizma postignuto bilo kojim načinom dovodi i do nepoželjnih nuspojava. To su prije svega nestanak libida i gubitak potencije, napadi vrućine i crvenila, depresija, anemija, sarkopenija i osteoporoza, gubitak sekundarnih spolnih osobina, a tome treba pribrojiti i psihološke učinke gubitka testisa na muškarca. Zbog tih nuspojava, a najviše zbog psiholoških razloga, početak hormonalnog liječenja karcinoma prostate često se odgađa do vrlo kasnih stadija bolesti, kada su bolovi vrlo jaki ili je bolest toliko uznapredovala da je bolesnika značajno onesposobila za normalan život. U tako kasnom stadiju s mnogobrojnim metastazama i velikom tumorskom masom, uspjeh liječenja je često vrlo slab i kratkotrajan. Liječenje kemoterapijom se obično započinje kod onih bolesnika koji imaju teže simptome, koji su imali slab odgovor na hormonsku terapiju ili imaju visceralne metastaze. Pored opisanih, palijativno liječenje koštanih metastaza je važno zbog umanjenja simptoma i sprječavanja ozbiljnih komplikacija na kostima.

Cilj ovoga članka je prikazati iskustva i dileme liječnika obiteljske medicine u skrbi za bolesnika kod kojega je otkriven karcinom prostate u odmakloj fazi bolesti i koji je odbio sve predložene metode liječenja.

Prikaz bolesnika

Bolesnik, 77 godina, pušač, koji je zadnje četiri godine imao urološke tegobe i nije tražio pomoć ni obiteljskog liječnika, niti urologa. Na prvom pregledu u obiteljskoj medicini napravljen je digitorektalni pregled, pa je, pored hemoroidalnih čvorova, pronađena povećana, vrlo tvrda prostata, bez održanog sulkusa. S nalazom PSA većim od 10 000 µg/L i nalazom urinokulture pacijent je upućen urologu koji je predložio biopsiju prostate. Bolesnik se nije javljao u ordinaciju skoro dva mjeseca, a i biopsija prostate je odgađana sljedeća dva mjeseca zbog upalno izmijenjenih hemoroida. Patohistološki, putem nalaza biopata prostate, utvrđi se uznapredovali adenokarcinom, Gleason score-a 9. Učinjena je i statička scintigrafija i nađena su žarišta pojačanog nakupljanja radiofarmaka u centralnom skeletu i oba femura. Bolesnik je upućen na konzultaciju kod dvaju urologa. Jedan je preporučio orhidektomiju, a drugi uzimanje antiandrogena. Bolesnik je bio svjestan uznapredovalog stanja svoje bolesti i svjesno donio odluku da će odbiti svako aktivno onkološko liječenje, te prihvatiti liječenje u svrhu olakšanja boli i umanjenja simptoma. Teško sam prihvaćala tu njegovu odluku, pokušala sam razgovarati s njim o mogućnostima liječenja sukladno postojećim smjernicama, njihovim prednostima i nedostacima, međutim, bolesnik je ostao ustrajan u svojoj odluci, obrazlažući je nelagodnim osjećajem kojeg bi imao kada bi mu se odstranili testisi, ali i brigom za suprugu koja je zbog gonartroze bila skoro nepokretna. Bez obzira na moja nastojanja i obitelj bolesnika, supruga i dvije kćeri koje nisu živjele s njima, je prihvatila tu njegovu odluku.

Ubrzo je bolesnik postao inapetentan, smršavio je 12 kg i počeo je osjećati bolove, koji su u početku dobro reagirali na nesteroidne antireumatike. Ubrzo se javila potreba za snažnijim analgeticima, pa je u terapiju uveden kratkodjelujući i sporootpuštajući morfinski preparat. Bolesnik je teško podnosio lijekove radi opstipacije, radi čega je uzimao laktulozu. Navedeni lijekovi zamijenjeni su fentanilskim flasterima, najprije u manjim, a kasnije u većim dozama. U međuvremenu je došlo i do retencije urina, pa je bolesniku apliciran i trajni kateter.

Iako je živio u vrlo nepovoljnim okolnostima, palijativno liječenje je najprije provedeno kod kuće, pa se on mogao djelomično brinuti i za suprugu. Međutim, tijekom vremena postao je kahektičan, teško pokretan, s dekubitusima, te je premješten u udomiteljsku obitelj u neposrednoj blizini, a kao njegov liječnik, nastavila sam s palijativnim liječenjem. Cijelo je vrijeme trajanja bolesti bio izrazito negativističan, ponekad i neugodan prema

liječnicima u potpunosti svjestan da nema izlječenja njegove bolesti. Umro je u toj obitelji, nepunih deset mjeseci od trenutka kada mi se prvi put javio u ordinaciju.

Rasprava

Usprkos trudu uloženom u palijativno liječenje, negativističko raspoloženje bolesnika je uvijek bilo prisutno i stvaralo mi nelagodu. Na to su se nadovezale i osobne dileme o tome jesam li trebala prihvatiti njegovo odbijanje liječenja ili sam trebala biti ustrajnija u nagovaranju, te je li trebalo primijeniti neke druge metode liječenja. To je sigurno utjecalo i na tijek cjelokupnog liječenja, a posebno na naš odnos, tako važan u skrbi za svakog, a posebno palijativnog bolesnika. Stoga sam konzultirala najprije literaturu, a kasnije i kolege, kako bih si olakšala situaciju.

Bez obzira na moje osobne osjećaje, morala sam prihvatiti odluku bolesnika da odbije ponudeno liječenje. Naime, sukladno Zakonu o zaštiti prava pacijenata⁸ i Kodeksu medicinske etike i deontologije, Hrvatske liječničke komore,⁹ bolesnik ima pravo prihvatiti ili odbiti bilo koji predloženi dijagnostički ili terapijski postupak. Etički pristup poštivanja autonomije bolesnika postaje važniji od našeg nastojanja da pod svaku cijenu pomognemo bolesniku.¹⁰ Iako ovaj bolesnik nije potpisao informirani pristanak, višestruko sam mu objašnjavala prednosti i nedostatke pojedinih načina liječenja, pa smatram da ih je razumio, te donio u punom smislu svjesnu i informiranu odluku. Osim toga, i ljudski sam razumjela psihološke posljedice o kojima je bolesnik govorio, ako bi pristao na orhidektomiju, kao i njegovu brigu za teže pokretnu suprugu. Usprkos razgovoru s članovima obitelji, i oni su podržali tu njegovu odluku, pa sam je i ja racionalno morala prihvatiti.

U skrbi za ovog bolesnika, vjerojatno je bio napadnut i moj osjećaj „omnipotentnosti“ kao liječnika, pa sam postavila pitanje o uzaludnosti (*futile* eng.) liječenja pacijenta s ovako uznapredovalom metastatskom bolesti. Sukladno smjernicama, njegova bolest spada u skupinu bolesnika s niskim rizikom preživljavanja.⁷ Naime, prostata je bila izrazito velika i tumor se proširio na okolna tkiva; Gleason score je bio 9, a razina PSA je prelazila 100 000 µg/L. Malo je vjerojatno da bi bilo koji način liječenja kod ovako uznapredovale bolesti mogao dovesti do remisije ili izlječenja. Naime, naš pacijent je imao diseminiranu bolest i možda još uvijek liječivu, ali zbog odbijanja bilo koje metode aktivnog onkološkog liječenja, on se zapravo nalazio i u

terminalnoj fazi bolesti. Osim toga, u literaturi se sve češće preispituje uloga liječenja, osobito kemoterapije kod pacijenata s metastatskim stadijem bolesti, koji se zapravo nalaze pri kraju života. Prema istraživanjima, oko 20% do 60% pacijenata s neizlječivim stadijem bolesti prima kemoterapiju, neki od njih i unutar zadnjih 30 dana, usprkos dvojabama o njezinoj učinkovitosti.¹¹ Stoga je Američko onkološko društvo, prekid palijativne kemoterapije svrstalo u jedan od pet postupaka kojim bi se unaprijedila terminalna zaštita i smanjili troškovi liječenja takvih bolesnika.¹² Studije su pokazale da je kemoterapija primijenjena u terminalnoj fazi povezana sa češćim postupcima resuscitacije, arteficialne ventilacije, kasnijom odlukom o hospicijskoj skrbi, lošijom kvalitetom života, većim distresom njegovatelja, povećanim troškovima zdravstvene skrbi, te manjom vjerojatnošću da terminalno oboljeli pacijent umre gdje želi, a bez utjecaja na sveukupno preživljenje.¹³⁻¹⁵ Uvijek je dvojbeno kada obustaviti palijativnu kemoterapiju, jer su istraživanja pokazala da velik broj pacijenata želi nastaviti s njome. Stoga se većina autora slaže u tome da je upravo pacijent taj koji bi trebao donijeti informiranu odluku o prekidu aktivnoga onkološkog liječenja, baš kao što je to učinio opisani bolesnik.¹⁶⁻¹⁸

Da nisam usamljena u ovakvim razmišljanjima i dilemama, dokazi su o povećanom stresu i razvoju sindroma izgaranja kod liječnika koji rade s bolesnicima koji se nalaze u posebnim stanjima ili stadijima bolesti, kao što su bolesnici u palijativnoj skrbi, na hemodijalizi ili na bolničkim hitnim prijamima.¹⁹⁻²² I liječnici obiteljske medicine se, u svakodnevnom radu susreću s teškim situacijama, patnjom i smrću bolesnika, kako ističu Roberts i Kjelman.^{23, 24} Situacija je za njih još i osjetljivija zbog dugotrajne veze s bolesnikom, jer to nije briga za bilo kojeg, nego briga za „mog bolesnika“. Izgleda da i liječnici prolaze sve faze po Kuebler-Rossovom modelu, od bijesa i srdžbe do prihvaćanja, kroz koje prolazi svaki neizlječivi bolesnik. Na žalost, kod nas nema sustavnog ulaganja u pružanju podrške zdravstvenim radnicima u radu sa sličnim, teškim bolesnicima, kao što su: sustavni antistres trening, odjelni sastanci, vršnjačke skupine ili Balintove grupe.^{25,26} Osjetivši potrebu raspraviti i prodiskutirati osjećanja koja su se javila u skrbi za ovog bolesnika, iskoristila sam priliku da u grupi kolega raspravim zbog čega mi je ovaj pacijent različit od ostalih onkoloških i terminalnih pacijenata i bolje se pripremila za susret s pacijentom i obitelji.²⁷ Sigurno bi sudjelovanje u Balintovoj grupi imalo veći učinak, međutim u gradu gdje radim nema supervizora koji bi vodio Balintove grupe.²⁸ U literaturi se navodi

podatak da se u sudionika Balintovih grupa povećala svijest o boljem razumijevanju bolesnika, ali i da se liječnici u takvim grupama oslobađaju od samo-inducirane onipotentnosti. Osim toga, u Balintovim grupama je prisutno okruženje koje pruža podršku i daje sigurnost i snagu da se lakše izdrži stres u radu s ovakvim ili sličnim bolesnicima.²⁹⁻³¹

Zaključak

Na primjeru bolesnika željeli smo ukazati na nedoumice i dileme s kojima se susreću liječnici obiteljske medicine u skrbi za bolesnike u terminalnoj fazi maligne bolesti. Neke od dilema se daju racionalno riješiti, međutim druge su iracionalne i dovode do povećane razine stresa. Sustavni pristup ovom problemu mogao bi spriječiti razvoj sindroma izgorjelosti na poslu koji je prisutan, ne samo kod liječnika obiteljske medicine, nego i kod drugih zdravstvenih djelatnika.

Literatura

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za rak. Incidencija raka u Hrvatskoj. Dostupno na adresi: http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/rak_2011.pdf. Datum pristupa informaciji 12. siječnja 2015.
2. Cerovečki V. Uloga liječnika obiteljske medicine u liječenju kaheksije. U: Šamija M, ur. Sažeci II regionalnog kongresa: Suportivna terapija onkoloških bolesnika. Budva: Zaklada onkologija; 2014; str. 32-33.
3. Lovasić S. Uloga obiteljskog liječnika u palijativnoj skrbi i terminalnoj fazi bolesti. U: Brkljačić M, Šamija M, Belev B, Strnad M, Čengić T, ur. Palijativna Medicina, temeljna načela i organizacija. Klinički pristup terminalnom bolesniku, medicinska etika. Zagreb: Markulin d.o.o., Medicinski fakultet Rijeka, Zaklada onkologija; 2013, str. 38-47.
4. Tomek R. Hormonalno liječenje raka prostate. Medix. 2005;11:137-141.
5. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, i sur. Guidelines on Prostate Cancer. European Association of Urology, 2013. Dostupno na adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24207135>. Datum pristupa informaciji 25. veljače 2015.
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer. Version 4. 2013. Dostupno na adresi: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. Datum pristupa informaciji 18. veljače 2015.
7. Horwich A, Parker C, De Reijke T, Kataja V. Prostate cancer. ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013; 24 Suppl 6: vi106-vi114. Dostupno na adresi: <http://esmo.org/Guidelines/genitourinary-Cancers/Prostate-Cancer>. Datum pristupa informaciji 25. veljače 2015.
8. Hrvatski Sabor. Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine. 2004;169 i 2008;37.
9. Hrvatska liječnička komora. Kodeks medicinske etike i deontologije. Narodne novine. 2008;55.
10. Baner S, Tremlett M, Bell D. Are advance directives legally binding or simply the starting point for discussion on a patient's best interest. Ethical debate. BMJ. 2009;339:b466J. Dostupno na adresi: <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/11/02/advance-directives>. Datum pristupa informaciji 26. veljače 2015.
11. Wright A. Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients end of life care and place of death: prospective cohort study. BMJ. 2014;348:g1219. Dostupno na adresi: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g121>. Datum pristupa informaciji 25. veljače 2015.
12. American Society of Clinical Oncology. Practice Guidelines. Dostupno na adresi: <http://www.asco.org>. Datum pristupa informaciji 25. ožujka 2015.
13. Rabow M. Chemotherapy near the end of life. BMJ. 2014;348:g1529. Dostupno na adresi: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g1529>. Datum pristupa informaciji 10. veljače 2015.
14. Kmietowicz Z. Chemotherapy near the end of life is linked with greater emergency intervention. BMJ. 2014;348:g190430. Dostupno na adresi: <http://www.medscape.com/medline/abstract/24609920>. Datum pristupa informaciji 26. veljače 2015.
15. Spence D. Saying no to chemotherapy. BMJ. 2013;346: f 4023. Dostupno na adresi: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f4023>. Datum pristupa informaciji 10. veljače 2015.
16. Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. J Clin Oncol. 2006;24:3490-6.
17. Buiting HM, Rurup ML, Wijsbek H, van Zuylen L, den Hartagh G. Understanding provision of chemotherapy to patients with end stage cancer: qualitative interview study. BMJ. Support Palliat Care. 2011;1:33-41.
18. Audrey S. Abel J., Blazeby J M, Falk S, Campbell R. What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: qualitative study. BMJ. 2008;337:a752. Dostupno na adresi: <http://www.medscape.com/medline/abstract/18669570>. Datum pristupa informaciji 18. veljače 2015.
19. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. J Pain Symptom Manage. 2015; Feb 18. pii :S0885-3924(15)00086-X.
20. Di Iorio B, Cillo N, Cucinello E, Bellizzi V. Burn-out in the dialysis unit. J Nephrol. 2008 Suppl 13:158-62.

21. Chisholm C, Heyborne R, Short T, Leap E, Crowe D, Chisholm C. Reflections about "burn-out". *Acad Emerg Med.* 2009;16:567-71.
22. Levy NM. Caring for the caregiver. *Crit Care Clin.* 2004;20:547-7.
23. Roberts M. Balint groups: a tool for personal and professional resilience. *Can Fam Physician.* 2012;58:245-7
24. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med.* 2008;6:138-45.
25. Feld J, Heyse-Moore L. An evaluation of a support group for junior doctors working in palliative medicine. *Am J Hosp Palliat Care.* 2006;23:287-96.
26. Mahoney D, Diaz V, Thiedke C, et al. Balint groups: the nuts and bolts of making better doctors. *Int J Psychiatry Med.* 2013;45:401-11.
27. Parker SD, Leggett A. Reflecting on our practice: an evaluation of Balint groups for medical students in psychiatry. *Australas Psychiatry.* 2014;22:190-4.
28. Crossman S. Investing in each other-Balint groups and the patient-doctor relationship. *Virtual Mentor.* 2012;14:551-4.
29. Graham S, Gask L, Swift G, Evans M. Balint-style case discussion groups in psychiatric training: an evaluation. *Acad Psychiatry.* 2009;33:198-203.
30. Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I. "Balint group" meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *J Cancer Educ.* 2012;27:786-9.
31. Van Roy K, Vanheule S, Debaere V, Inslegers R, Meganck R, Deganck J. A Lacanian view on Balint group meetings: a qualitative analysis of two case presentations. *BMC Fam Pract.* 2014;15:49.

Zahvala

Rad je izrađen uz podršku Zaklade za razvoj obiteljske medicine, a najveću zahvalu autori duguju bolesniku i njegovoj obitelji koji su im pružili priliku za dodatno učenje i profesionalni razvoj.