

## Vprašanja in odgovori

**Slavica Lahajnar, Tanja Čufer / Tanja Čufer**

Bolnica, stara 82 let, ca pljuč, s simptomatskim zdravljenjem. MST x 80 mg, reglan, omeprazol, prosure, 15 mesecev od odkritja bolezni. Meta v hrbtenici pred 8 meseci na RT. Nima bolečin. Zadovoljuje osebne potrebe: samostojno se hrani, se obleče, umije v sedečem položaju. Toži zaradi izrazite progresivne izgube energije, ne bi želela toliko spati (8 ur ponoči, večkrat dnevno po 2–3 ure). Do nastopa bolezni je bila izjemno aktivna, obvladovala je praktično vse vidike svojega življenja. E 4,2; Hb 112; Fe 4,5; AF, jetrni testi normalni.

- a. Kaj se ji lahko svetuje za izboljšanje dnevne budnosti?**  
**b. Kako ovrednotiti »izgubo energije«?**  
**c. Kako ovrednotiti mogoče predoziranje z MST in morebitno s tem povezano spanje?**

Odgovor:

Predoziiranje MST in pretirana zaspanost (Ne vem, ali sem prav razumela – bolnica jemlje 2 x 80 mg MST?)

Bolnica je brez bolečin in ima neželene učinke morfina. Ima metastaze v hrbtenici in te so bile pred RT verjetno vzrok za bolečine. Obsevanje kostnih metastaz pri večini bolnikov ublaži bolečino, zato je možno, da je po obsevanju odmerek morfina prevelik in takrat ga je potrebno zmanjšati.

Na splošno velja, če morfin bolniku povzroča moteče neželene učinke, svetujem zamenjavo z drugim močnim opioidom. Glede na bolnično starost priporočam zamenjavo v hidromorfon (Palladone), ker povzroča manj sedacije. Odmerek morfina zmanjšam za 30–50 % in tako izračunan nov odmerek nadomestim z ekvivalenčnim odmerkom hidromorfona (80 mg MST – 12 mg Palladone). Dodam kratko delujoči morfin, tj. 10 mg Sevredola, ki ga bo bolnica zaužila po potrebi, če bo kljub jemanju Palladone čutila bolečine.

Glede sedacije še opozorilo: preden zmanjšamo odmerke opioida, za katerega mislimo, da povzroča zaspanost,

Bolnik, 55 let, pregledan rutinsko. Dolgoletni hipertoničnik, redno kontroliran. 1 x letno redno opravljen tudi celoten status. Od zadnjega pregleda, 5 mesecev, shujšal 8 kg, kar je več, kot je terapevtski dogovor. BMI 30. Odličnega počutja, ne poroča o nobeni zdravstveni težavi. Ob pregledu najdena zatrdlina, nepomična pod DRL. V roku enega tedna opravljen UTZ in CT trebuha, ki pokaže tumor desne ledvice. Urgentno operiran. Tumor je velik 14 cm,

ukinemo vsa druga pomirjevala, če jih bolnik jemlje. Uporaba psihostimulansov ni zaželeno, ker imajo preveč neželenih učinkov.

Stanje splošne oslabelosti je zelo pogosta težava, ki spremlja bolnike z rakom. Še zlasti je izraženo pri bolnikih z napredovalo boleznijo. Stanje splošne oslabelosti, ki obsega utrujenost, splošno slabost in bolehnost, povzroča bolezen sama, poslabšajo pa ga še neželeni učinki zdravljenja raka in simptomov ter spremljajoče bolezni. Opioidni analgetiki ob drugih neželenih učinkih poslabšajo tudi stanje splošne oslabelosti in povečajo utrujenost. Pomembno je, da jih uporabljamo v tolikšni meri, da je bolečina znosna, ob tem pa moramo biti pozorni, da jih ne predoziramo. Bolniki s prevelikim odmerki opioidov trpijo zaradi dodatne utrujenosti, nezmožnosti koncentracije in motenj budnosti. Te težave povzročajo vsi opioidi, od morfinijevega sulfata (MST®) do fentanila (Duragesic®), oksikodona (Oxycontin®) in hidromorfona (Palladone®). Slednji naj bi povzročal še najmanj utrujenosti, vendar je treba vedeti, da je to odvisno predvsem od velikosti odmerka opioida.

Za bolnike, ki so utrujeni, je zelo pomembno, da si razporedijo dnevne aktivnosti. Usmerijo naj se v zanje najpomembnejše aktivnosti in jih izvajajo predvsem dopoldne. Priporočljivo je, da si vzamejo čas za počitek, vmes pa naj poskušajo biti budni in aktivni. Bolnikom je treba svetovati čim več gibanja na svežem zraku in aerobne vaje, prilagojene sposobnostim vsakega posameznika. Pretiran počitek in neaktivnost poslabšata utrujenost. Stopnjo utrujenosti zmanjša tudi primerna, uravnotežena prehrana ter vzdrževanje normalnih vrednosti hemoglobina v krvi.

**Slavica Lahajnar, Tanja Čufer**



centralno nekrotičen in ne prerašča kapsule. Bolnik je po operaciji v odlični kondiciji, zredil se je za 2 kg.

- a. Kako pogosto opravljati UZ trebuha?**  
**b. Katere rutinske preiskave in v kakšnem zaporedju, če sploh katere?**  
**c. Kaj svetovati bolniku, da naj poroča kot spremembo?**  
**d. Kakšna je prognoza?**

Odgovor:

Glede na povedano je imel bolnik tumor ledvice, ki je bil kirurško odstranjen. Žal ni podatka o tem, za kakšen tumor je šlo in kakšna vrsta operativnega posega je bila narejena, kar opredeljuje prognozo bolezni in nadaljnje preiskave.

V levicah lahko vzniknejo benigni ali maligni tumorji. Med malignimi je najpogostejši svetlocelični rak ledvic, imenovan tudi hipernefrom. Redkeje v ledvici zraste prehodnocelični rak ledvic, še redkeje pa kromofobni rak, rak bellinijevih vodov ali drugi malignomi.

Prognoza bolezni je odvisna od tega, ali je sploh šlo za maligni tumor in za kakšno vrsto malignoma je šlo. Dodatno je prognoza svetloceličnega raka ledvic odvisna od patohistološke stopnje malignosti (gradusa) tumorja in obsega (stadija) bolezni. Drugih molekularnih označevalcev, ki bi dodatno opredelili biološki maligni potencial bolezni in s tem prognozo bolnika, pri tem raku ledvic še ni. Svetlocelični raki nizke malignostne stopnje rastejo počasi, redko tvorijo zasevke, in tudi če jih tvorijo, ti zasevki brez specifičnega zdravljenja zelo počasi rastejo. V nasprotju s tem pa svetlocelični raki visoke malignostne stopnje zelo hitro rastejo in tvorijo zasevke. Petletno preživetje bolnikov s svetloceličnim rakom ledvic, omejenim na ledvico, se po zdravljenju z radikalno nefroureterektomijo gibljejo okoli 70 %.

Prognoza raka prehodnoceličnega epitelija in sorodnega raka Bellinijevih vodov je odvisna predvsem od stadija bolezni. Kadar je bolezen omejena na ledvico, znaša petletno preživetje po radikalni odstranitvi bolezni okoli 50 %. Pri tej obliki raka je smiselno dopolnilno sistemsko zdravljenje s kemoterapijo, ki še za okoli tretjino zmanjša tveganje razsoja bolezni in s tem vpliva na preživetje. Prognoza kromofobnega raka ledvic, ki je maligni tumor z

majhno biološko agresivnostjo, je po radikalni kirurški odstranitvi zelo dobra, petletno preživetje bolnikov znaša okoli 90 %.

Smiselnost preiskav za iskanje lokoregionalne ponovitve ali zasevkov po radikalnem zdravljenju katerega koli raka je odvisna od tega, ali lahko bolezen, ko se ponovi lokalno ali razsuje po telesu, še ozdravimo ali vsaj zazdravimo za dalj časa in ali sta ozdravitev oz. zazdravitev v povezavi z zgodnjim odkritjem ponovitve bolezni. Pri svetloceličnem raku ledvic je smiselno biti pozoren na pojav lokoregionalnega recidiva in/ali zasevkov, ker vemo, da kirurška odstranitev lokalnega recidiva ali zasevkov bolniku daje možnosti zazdravitve. Možnosti sistemskega zdravljenja ponovitve in razsoja bolezni so za zdaj še majhne. Prihajajo pa nova, učinkovita biološka zdravila za zdravljenje hipernefroma, ki bodo verjetno prav tako nudila možnosti zazdravitve. Glede na povedano je treba bolnikom s svetloceličnim rakom svetovati redne klinične preglede, osnovni pregled krvi, rentgensko slikanje ledvic in UZ trebuha vsake pol leta prve dve leti, nato pa enkrat letno. Prav gotovo so še občutljivejše preiskave s CT ali celo PET. Treba pa je vedeti, da je PET zelo nespecifična preiskava. Tumorskih označevalcev za svetloceličnega raka ledvic ni, je pa povišana sedimentacija zelo dober, čeprav tudi zelo nespecifičen označevalec te bolezni.

Bolnik sam mora biti pozoren na spremembe, kot so bolečine ledveno, bolečine v kosteh ali suh dražeč kašelj. Svetlocelični rak ledvic najpogosteje zaseva v kosti, pljuča ali jetra. Pogosta je tudi ponovna rast tumorja na mestu odstranjene ledvice.

**Tanja Čufer**

