

Clinica medicală nr. II (cond.: prof. A. Horváth) și Clinica de radiologie
(cond.: conf. I. Krepsz)

DESPRE TRATAMENTUL STADIULUI FINAL AL CANCERULUI

E. Olosz, Klára Olosz

Vorbim de stadiul final al cancerului în acele cazuri în care nu mai avem speranța de a putea ameliora starea pacientului, nici măcar temporar, posibilitățile științelor medicale fiind epuizate. Din acest moment tratamentul este o problemă care aparține mai puțin cunoștințelor medicale și mai mult de misiunea profesională. Boala nu mai poate fi stăpinită, totuși bolnavul trebuie tratat și îngrijit. În această fază scopul tratamentului rezidă nu atât în prelungirea vieții bolnavului, cât în alinarea simptomelor, deci o terapie simptomatice.

În funcție de localizarea și caracterul tumorii maligne, acuzele subiective și simptomele pot fi foarte variate. Există cazuri în care predomină greața și vărsăturile, în altele disfagia sau asfizia, într-o serie de cazuri exulcerații, fracturi spontane sau tuse rebele, tulburări de micțiune, colici, escare etc. Nu intenționăm să intrăm în detaliile terapeutice ale acestor simptome, vom încerca doar să schițăm câteva principii privitoare la *calmarea durerilor, la menținerea echilibrului psihic, la problema informării pacientului și, în sfârșit, la atitudinea în perioada agoniei.*

I. Calmarea durerilor

Cei mai mulți pacienți — aflînd că boala lor e de natură cancerosă — sînt cuprinși de spaima unor suferințe dureroase inevitabile. Această frică e neîntemeiată, căci durerea care nu ar putea fi calmată, este o raritate excepțională în tumorile maligne. Spaima, nesiguranța, sentimentul conștient sau inconștient al pericolului de viață sînt factorii care amplifică sensibilitatea dureroasă și astfel eficacitatea tratamentului analgetic depinde și de reușita tentativelor de *reechilibrare psihică.*

Rezultatul tratamentului analgetic depinde și de *îngrijirea bolnavului.* Neli-niștea sau încordarea, generate de faptul că nu s-a făcut la timp toaleta exulcerațiilor, sau că bolnavul se simte balonat neavînd scaun, că fără ajutor nu poate ridica plosca, deși simte nevoia micțiunii etc., sînt factori care contribuie la coborîrea pragului de excitabilitate dureroasă, putînd anihila efectul analgeticului.

În sfârșit, un principiu de primă importanță în calmarea durerilor este *respectarea unui orar al analgeticelor.* Sună oarecum paradoxal, dar corespunde realității, că antagonistul cel mai important al analgeticelor este durerea. Mai explicit: dacă întîrziem și administrăm drogul numai după ce durerea culminează, adesea — nici cu doze excesive — nu mai putem obține efectul dorit, așa că e mai prudent să administrăm medicamentele încă din faza inițială, ascensivă a durerii, conform unui orar în prealabil stabilit. Respectînd acest orar, obținem rezultate mult mai bune cu doze relativ mici.

Durerile moderate pot fi foarte bine combătute cu *prafuri combinate* care conțin aspirină, codeină, dionină. În caz de nevoie mai putem asocia acestor droguri cofeină sau luminal. Prafurile combinate vor fi administrate din 6—8 sau din 4—4 ore.

Dacă durerile nu cedează la aceste prafuri, vom putea recurge la *opiacee*. Cancerul inoperabil în sine nu constituie indicație pentru aceste preparate, cele două criterii de indicație fiind: 1. durerea care nu cedează la altă medicație și 2. starea psihică depresivă a pacientului. În stadiul final nu se mai pune problema morfinomaniei.

În cursul evoluției bolii va crește toleranța față de opiacee și vom fi obligați să mărim treptat doza. Dacă folosim preparate injectabile și pacientul este emaciat, cașectic, injectarea unui volum considerabil de analgetice va constitui ca atare o problemă dificilă. Totuși există limite superioare ale dozei, peste care nu are sens să mai trecem. Dacă 0,06 g (deci 3 fiole) de morfină nu calmează durerea, nu au rost doze mai mari, deoarece nici ele nu vor avea succes (*Saunders*). Limita superioară rațională a morfinei va fi deci de $8 \times 3 = 18$ fiole pe zi, menționăm însă că sînt rare cazurile în care recurgem la doze atît de mari. Se constată totodată că pacienții, durerile cărora n-au putut fi calmate acasă prin doze de 0,06 g morfină, se mulțumesc cu doze mult mai mici dacă se internează într-o secție de specialitate. Fenomenul se explică prin diferența dintre calitatea îngrijirii la domiciliu și în secție, factor care modifică pragul de excitabilitate dureroasă.

Modul de administrare a analgeticelor, doza și preparatul variază de la caz la caz, dar principiul respectării orarului este de o valabilitate generală. Dacă între două doze bolnavul ar prezenta dureri, administrăm și prafuri combinate, fără abandonarea programului și a orarului stabilit.

Este important să găsim măsura optimă: bolnavul să nu sufere de dureri sau de stări anxioase, dar nici să devină somnolent. În majoritatea cazurilor starea de obnubilare sau inconștiență nu e necesară și nici plăcută pentru bolnav.

II. Starea psihică a pacientului

Fiecare ne naștem cu un oarecare optimism instinctiv și ne vine greu să ne obișnuim cu gîndul morții. La început și bolnavul este optimist, fiind dispus să creadă că medicul îl va vindeca. Mai tîrziu, cînd își dă seamă de agravarea treptată a stării sale generale, acest optimism se transformă în spaimă, alimentată de frica în fața durerilor, a momentelor de agonie, precum și de grija pentru soarta aparținătorilor care-l vor supraviețui. Unii pacienți nu-și dau seamă de aceste emoții, ele putînd fi inconștiente.

În general însă ne înșelăm adeseori cînd credem că pacientul nu este conștient de soarta care-l așteaptă. Mulți dintre ei cunosc sau cel puțin bănuiesc natura bolii. De multe ori simulează, se prefac că acceptă explicațiile și informațiile referitoare la natura și prognosticul bolii, dorind să ușureze astfel situația psihologică a aparținătorilor și a medicului curant, ca de exemplu:

B. E., inginer în vîrstă de 40 de ani, operat de cancer mamar, urmat de tratament radioterapeutic. Bănuind că tumoarea ar putea fi malignă, s-a documentat din cărți de specialitate. Pentru ca să se convingă, se prezintă ca medic de circumscripție și drept frate al pacientului și cere lămuriri privitoare la tabloul histologic al preparatului pe baza căruia s-a declarat că tumoarea a fost malignă. Își justifică insistența și îndoielile, spunînd că starea generală a „fratelui său” este foarte bună, VSH normal etc. După ce specialiștii — care nu-l cunoșteau personal — îi demonstrează caracterul malign al tumorii, inginerul relatează cunoașterea diagnosticului, mărturisind cele întimplate unui prieten, cu care se întâlnea rar. În fața medicilor curanți și în fața familiei s-a prefăcut pînă la sfîrșitul vieții, nefăcînd nici măcar aluzii la natura canceroasă a bolii. Motivul probabil: să nu producă dificultăți psihologice în conviețuirea familială și să ușureze situația medicilor curanți.

Incertitudinea și necunoașterea viitorului, care ascunde uneori posibilitatea unor suferințe, generează anxietate. Reprezentările și imaginația sînt amplificatoarele acestor emoții. S-ar putea spune că nimic nu poate fi mai deprimant pentru un bolnav incurabil decît cunoașterea viitorului, a inevitabilității morții. Considerăm totuși că uneori e mai deplorabilă starea psihică a celui pacient care, dîndu-și seamă că în mod sistematic este indus în eroare, devine neîncredător, se izolează treptat într-o solitudine psihologică, rămînînd singur cu imaginile terifiante ale unor suferințe și chinuri inevitabile. Sarcina elementară, ce ne revine în astfel de cazuri, este explorarea psihologică, detectarea acestor reprezentări obsedante și asigurarea pacientului că suferințele se pot evita. E posibil ca bolnavul să nu ne dezvăluie substratul îngrijorării sale, dar unele cuvinte scăpate în cercul familial permit reconstituirea adevărului. Din acest motiv e important să purtăm convorbiri și cu membrii familiei.

De multe ori, cînd bolnavul își dă seamă de înrăutățirea stării generale, devine nemulțumit, chiar ostil față de medic, de familie, de soartă, este irascibil, inconciliabil, uneori chiar paranoic. Unii își închipuie că boala se datorește unor greșeli, o idee care poate genera stări depresive.

Drogurile în sine niciodată nu sînt suficiente pentru reechilibrarea stării psihice a pacientului. Majoritatea sedativelor și a excitantelor sînt sortite eșecului sigur, dar unele preparate pot fi de folos. În acest domeniu opiaceele nu au concurent: vom recurge la ele nu numai în caz de dureri, dar și în stările depresive. Uneori și *largactilul* duce la o ameliorare a stării psihice, dar are dezavantajul că la ambulanți poate provoca amețeli. Se întîmplă de asemenea ca folosirea clorpromazinei să provoace în mod paradoxal creșterea excitabilității nervoase. Eficacitatea meprobamatului din pînă este trecătoare: ameliorează starea psihică timp de cîteva săptămîni, pierzînd treptat din eficacitate și obligîndu-ne să recurgem la alt sedativ, eventual la barbiturice. În cazuri de hiperexcitabilitate psihomotrică pronunțată vom putea recurge la *scopomorfină* sau dilauden-scopolamină. În relativ multe cazuri permiterea și chiar prescrierea *băuturilor alcoolice* va contribui substanțial la ameliorarea stării psihice.

Cuvintele lui *Worcester* „prin pilulele prescrise ne dăruim pe noi bolnavului” își găsesc sensul cel mai profund în cazul celor ajuși în stadiul final al cancerului, care au pierdut speranța. Preparatele farmaceutice vor putea contribui la ameliorarea stării psihice doar cu condiția ca pacientul să aibă încredere în noi și în ele. Cînd medicul curant se pregătește să facă o vizită pacientului ajuns în stadiul final, de multe ori simte că nu ar mai putea ajuta cu nimic. Dar pentru acești bolnavi — conștienți că nu mai pot fi vindecați — alinarea suferințelor, încurajarea și îngrijirea umană constituie cea mai mare binefacere.

III. Cît trebuie să știe pacientul despre boala sa

În principiu nu e just ca să ne decidem pentru o sistematică inducere în eroare a bolnavului. O astfel de atitudine va genera, mai curînd sau mai tîrziu, pierderea încrederii. Dacă recurgem la mărturisirea unor semiadevăruri, va trebui să organizăm și atunci o întregă rețea de minciuni în care vom coopta personalul sanitar și aparținătorii. Oricît de bine să fie organizată această rețea, majoritatea bolnavilor la un moment dat află adevărul și din acest moment nu vor mai acorda încredere nici informațiilor reale. Nu dorim să afirmăm că în toate cazurile îi vom spune adevărul crud, vrem doar să menționăm că fiecare caz trebuie apreciat individual, iar atitudinea în informare nu trebuie să fie rigidă, definitivă. Medicul va trebui să-și cunoască bine pacientul, să stabilească cu el o legătură sufletească sinceră, care să per-

mită justa apreciere a stării psihice, precum și cîntărirea gradului optim de informare asupra bolii. În acest domeniu inițiativa o are de obicei pacientul. Sînt bolnavi care preferă să fie amăgiți, dar o altă categorie suportă mai ușor suferințele dacă le știi inevitabile. Pentru adoptarea unei poziții juste cunoștințele profesionale nu sînt suficiente. E necesară capacitatea de a-ți sincroniza sentimentele cu ale unei alte ființe umane — o calitate cizelată de cultura generală — precum și sentimentul de responsabilitate și atașament față de omul suferind. Aceste calități sînt premise indispensabile pentru sesizarea și aprecierea justă a momentului psihologic în care poate fi mai avantajoasă dezvăluirea adevărului. Medicul care nu are timp să se întretină cu bolnavul, care nu a reușit să stabilească o legătură sufletească sinceră și de interesată, nu va cunoaște suficient starea psihică a pacientului și în consecință nu are dreptul să-i dezvăluie adevărul, dar nici nu e prudent să-l amăgim cu o vindecare sigură și rapidă.

IV. Despre perioada agoniei

Majoritatea bolnavilor poartă frica agoniei, nu a morții. În realitate agonia nu comportă suferințe, dureri. Durerile și chinurile încetează în ultimele zile ale vieții și lipsesc totdeauna în ultimele ore. Faza agoniei a foarte greu de prevăzut. De obicei muribundul dorește să i se ridice puțin spatele sau să fie mutat în poziție șezîndă. De multe ori nu are suficiente resurse ca să-și exprime această dorință. După ce l-am ridicat, va trebui să-i așezăm perne la spate și o pernă la ceafă. Întinericul îl înfioarează și preferă lumina și aerul curat. Adeseori se întîmplă ca ultima dorință să fie alinarea setei: citeva înghițituri de apă sau un tifon umed aplicat pe buze îi pot ușura ultimele clipe.

Chiar dacă agonia durează și bolnavul în aparență este inconștient, se pare că-i recunoaște pe cei din jur: se constată frecvent că prezența unor anumite persoane îl calmează. Organele sensitive își încetează treptat funcțiunea, auzul fiind ultimul care-l părăsește. Din acest motiv încurajarea și calmarea lui verbală este binevenită.

Trebuie evitate discuțiile la patul bolnavului, chiar dacă acesta în aparență ar fi inconștient. În această fază de obicei el nu mai ține la viață, nu vrea să se mai vindece. Dorește să-și ia rămas bun de la aparținători fără să fie stăpînit de instinctul de a rămîne cu ei; deși eutanasia — adică scurtarea vieții prin administrarea unor droguri — este strict interzisă, se pune însă întrebarea dacă avem dreptul să-i prelungim agonia.

Ca încheiere să ni se permită să prezentăm un caz care ilustrează această părere: K. E. de 43 de ani, operată cu cancer al papilei Vater, e internată în secția noastră în stadiu final, cu metastaze diseminate generalizate. În cursul internării sîntem chemați de urgență: pacienta a intrat brusc în agonie. La examinare se constată că e vorbă de o parază a centrului respirator — 2—3 respirații pe minut — dar zgomotele cardiace și pulsul sînt bune. Se administrează lobelină i. v. și bolnava își revine în cîteva minute, respirația se normalizează, trăiește încă 2 săptămîni. După revenirea din starea de agonie, ne-a spus: „V-aș ruga, dacă mi s-ar mai întîmpla să fiu așa cum am fost adineaori, să nu-mi mai dați injecții. Pentru mine ar fi cu mult mai ușor să nu fiu decît să fiu“.

Sosit la redacție: 23 septembrie 1966.