

Rosnąca liczba zachorowań na nowotwory złośliwe, postęp w leczeniu chorób nowotworowych, wdrożenie zaawansowanych technik leczenia onkologicznego, leczenie chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową, zwiększenie częstości występowania nowotworów złośliwych u osób w podeszłym wieku - wszystkie te czynniki skutkują zwiększoną liczbą przyjęć chorych na oddziały intensywnej terapii (OIT). Przyjęcie chorego do OIT wiąże się automatycznie z wdrożeniem dostępnych, zaawansowanych technik wspomagania funkcji niewydolnych narządów. Wdrożone wielokierunkowe intensywne leczenie nie zawsze prowadzi do poprawy stanu chorego; prowadzona terapia nie zawsze przynosi korzyści dla chorego, przyjmuje znamiona terapii daremnej. W związku z tym, w celu określenia, czy prowadzone intensywne leczenie nie zmierza w kierunku terapii daremnej, wyodrębniono czynniki potencjalnie korelujące ze wzrostem ryzyka zgonu chorych z chorobą nowotworową. Analizie poddano zależność między skalami oceniającymi stan chorego: ECOG, SAPS II, APACHE II, SOFA a ryzykiem zgonu chorych wraz z oceną wpływu następujących czynników: płeć, wiek, typ nowotworu, stopień zaawansowania choroby nowotworowej, podstawowe leczenie onkologiczne i aktywne leczenie onkologiczne. Uznano, że obecność korelacji może wskazywać na daremność wdrożonej terapii i tym samym sugerować wdrożenie leczenia paliatywnego jako korzystniejszej terapii dla chorego. Za pojęcie daremności wdrożonej terapii uznano zgon chorego w trakcie hospitalizacji na OIT i w okresie 30 dni od wypisania z OIT, w związku z tym wyżej wymieniony okres poddano analizie.

Analizie retrospektywnej poddano 136 chorych z chorobą nowotworową, którzy z powodu wystąpienia niewydolności jednego lub wielu narządów wymagali przeniesienia z kliniki macierzystej Centrum Onkologii – Instytutu na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie przy ulicy Roentgena 5 w okresie od 01.01.2015 do 31.12.2016. Przeprowadzona analiza dotyczyła chorych, których czas hospitalizacji w OIT

przekraczał 8 godzin. Wyliczone wartości skal stosowanych w ciągu pierwszych 24 godzin hospitalizacji w OIT uzyskiwano, biorąc pod uwagę wartości z najgorszą punktacją. W celu określenia wartości skali ECOG wykorzystano dane z wywiadu zawarte w notatce przyjęciowej chorego do kliniki/oddziału macierzystego Centrum Onkologii – Instytutu, zebrane przez lekarza onkologa. Analizie nie poddawano chorych po zabiegach chirurgicznych. Ze względu na profil szpitala badani chorzy spełniali kryteria obowiązujące w określaniu wartości dla skal SAPS II, APACHE II i SOFA. W badanej grupie u 11 chorych nie odnotowano w dokumentacji medycznej wyliczonych wartości skal SAPS II, APACHE II i SOFA, w związku z czym, analizie w tym wypadku poddano jedynie skalę ECOG.

Przeanalizowano badaną grupę 136 chorych pod kątem danych demograficznych, typu choroby nowotworowej, rozpoznania według ICD–10, stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, założenia leczenia onkologicznego, podstawowego leczenia onkologicznego, aktywnego leczenia onkologicznego, czasu od rozpoznania choroby do przyjęcia na OIT, przyczyny przyjęcia do OIT, przyczyny wypisu z OIT. Celem analiz statystycznych było określenie korelacji między skalami oceniającymi stan chorego a czynnikami potencjalnie związanymi z ryzykiem zgonu chorych.

Po przeanalizowaniu zebranych danych stwierdzono przydatność skal SAPS II, APPACHE II i SOFA jako czynników przewidujących śmiertelność chorych z chorobą nowotworową na oddziale intensywnej terapii, a tym samym mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o niestosowaniu terapii daremnej. Najwyższe wartości skali SAPS II, APPACHE II i SOFA wskazywały na wyższą śmiertelność chorych na oddziale intensywnej terapii. Dodatkowo, dla skali SAPS II, stwierdzono dla najwyższych wartości tej skali wielokrotnie wyższe ryzyko zgonu w przypadku zastosowania aktywnego leczenia onkologicznego. W przypadku skali ECOG nie potwierdzono przydatności tej skali przy podziale na poszczególne poziomy ( od wartości 0 do wartości 4) w prognozowaniu ryzyka zgonu zarówno na oddziale intensywnej

terapii, jak i w okresie 30 dni od wypisania z tego oddziału. Potwierdzono natomiast przydatność skali ECOG przy podziale na dwa poziomy (poziom pierwszy, obejmujący wartości skali ECOG 0, ECOG 1 i ECOG 2 i poziom drugi, obejmujący wartości skali ECOG 3 i ECOG 4) w prognozowaniu ryzyka zgonu w okresie 30 dni od wypisania z oddziału intensywnej terapii, wskazując na wyższe ryzyko zgonu w grupie obejmującej ECOG 3 i ECOG 4. Nie potwierdzono zależności między śmiertelnością chorych z chorobą nowotworową a płcią, wiekiem, typem nowotworu, stopniem zaawansowania choroby nowotworowej w badanym okresie. Stwierdzono zależność między wartością skali ECOG a podstawowym leczeniem onkologicznym i aktywnym leczeniem onkologicznym; zależności te należy potraktować jako wpływ wartości skali ECOG na podejmowanie decyzji terapeutycznych przez onkologów.

Skuteczność skal stosowanych na oddziale intensywnej terapii w prognozowaniu ryzyka zgonu chorych nie powinna stanowić jedyne narzędzia w podejmowaniu decyzji o niestosowaniu terapii daremnej. Należy podkreślić istotną w procesie decyzyjnym rolę ścisłej współpracy między onkologami, hematologami i specjalistami intensywnej terapii. Dużą wagę należy również przykładac do określenia jasnych kryteriów przyjęć chorych z chorobą nowotworową na oddział intensywnej terapii. Wiek, typ nowotworu czy stopień zaawansowania choroby nowotworowej nie mogą stanowić czynników mających wpływ na przyjęcie chorych z chorobą nowotworową do OIT; ale zły stan sprawności fizycznej, zła odpowiedź na stosowane dotychczasowe leczenie onkologiczne powinny być sygnałem do rozważenia decyzji o przyjęciu na OIT. Ważna jest weryfikacja podjętego wielokierunkowego leczenia na oddziale intensywnej terapii po okresie 3-5 dni od przyjęcia chorego. Brak odpowiedzi na zastosowane intensywne leczenie, brak poprawy w zakresie niewydolnych narządów, wysoka wartość skal SAPS II, APPACHE II i SOFA mogą sugerować wycofanie się z aktualnego, intensywnego leczenia i tym samym wskazywać na rozszerzenie leczenia paliatywnego jako terapii

podstawowej, skupionej na zapewnieniu komfortu choremu z poszanowaniem godności ludzkiej.

Słowa kluczowe: terapia daremna, oddział intensywnej terapii, skala SAPS II, skala APACHE II, skala SOFA, skala ECOG, terapia paliatywna