

Vyliečený pacient po onkologickej liečbe v ambulancii všeobecného lekára

MUDr. Veronika Ballová

Hämatologie/Onkologie, Kantonsspital Baden, Švajčiarsko

V dôsledku narastajúcej populácie pacientov žijúcich dlhodobo po úspešnej onkologickej liečbe sa aj všeobecní lekári stále častejšie stretávajú vo svojich ambulanciách s bývalými onkologickými pacientmi a stávajú sa ich hlavnými ošetrojúcimi lekármi. Narastá tak potreba zvyšovania informovanosti o spôsobe starostlivosti o túto populáciu, o skorej a neskorej toxicite onkologickej liečby a taktiež o komplexnosti problematiky dlhodobo prežívajúcich onkologických pacientov. Prehľadný článok poskytuje čitateľom prehľad najčastejších problémov a odporúčania na sledovanie pacientov po onkologickej liečbe.

Kľúčové slová: vyliečení, malignity, toxicita, sledovanie

Cancer survivors after successful oncological treatment in general practitioner's office

Because of growing population of cancer survivors, general practitioners are increasingly becoming the main providers of long-term follow-up care after successful oncological treatment. There is an increasing need to enhance awareness about comprehensive cancer survivorship care, late toxicity and about complexity of the issue. This review article provides an overview of the most frequent problems, long-term effects of cancer treatment and guidance about follow-up care.

Key words: survivors, malignancy, toxicity, follow-up

Via pract., 2017, 14(3): 121–125

Úvod

Pokroky v oblasti včasnej diagnostiky a v liečbe viedli k významnému zlepšeniu prežívania pacientov s nádorovými ochoreniami. V súčasnosti prežíva približne 60 % pacientov s rôznymi nádorovými ochoreniami viac ako 5 rokov od stanovenia diagnózy. U veľkej časti z týchto pacientov možno hovoriť o skutočnom vyliečení, u časti o dosiahnutí dlhodobého bezpríznakového obdobia. V súčasnosti žije celkovo na svete asi 28 miliónov ľudí, ktorí majú osobnú skúsenosť s nádorovým ochorením a podstúpili onkologickú liečbu, ide o tzv. „prežívajúcich“ (v angličtine *cancer survivors*), a v budúcnosti treba počítať s nárastom tejto prežívajúcej populácie (1).

Liečba nádorových ochorení je spojená s mnohými fyzickými a psychologickými sprievodnými nežiaducimi účinkami, ktoré sa vyskytujú v priebehu liečby a nezriedka pretrvávajú dlhodobo aj po ukončení liečby. Niektoré **neskoré následky** sa môžu vyskytnúť mnoho rokov po ukončenej liečbe. V priebehu liečby, ktorá ma za cieľ ničiť nádorové bunky, dochádza často k poškodeniu normálnych zdravých tkanív a narušeniu funkcie niektorých orgánov, výsledkom čoho sú rôzne prejavy toxicity. Aj hormonálna liečba ako androgénna a estrogénna blokáda je okrem priaznivého liečebného efektu spojená s celým spektrom dlhodobých nežiaducich účinkov.

Liečba onkologických ochorení má komplexný vplyv na kvalitu každodenného živo-

ta pacientov. Nezriedka má nepriaznivý vplyv na funkciu kardiovaskulárneho, respiračného, gastrointestinálneho, neuroendokrinného, imunitného a muskuloskeletálneho systému, dôsledkom čoho je znížená fyzická zdatnosť, úbytok svalovej hmoty a sily, tendencia k pribúdaniu telesného tuku, pokles kostnej hustoty a dlhodobá únava.

Nezanedbateľné sú **psychologické následky**. Pacienti, ktorí prekonali nádorové ochorenie, trpia častejšie depresiami, úzkostnými stavmi, poruchami spánku a poklesom sebavedomia. Strach z návratu ochorenia je súčasťou života pacientov po ukončenej onkologickej liečbe. Medzi podceňované patria následky v sociálnej oblasti, ako je strata zamestnania či neschopnosť návratu do práce, finančný stres, mnohé problémy v oblasti vzťahov a sociálnych kontaktov, problémy v sexuálnom živote (2, 3).

Po ukončení onkologickej liečby nastupuje **fáza sledovania pacientov**. Je to fáza, keď sa liečebný program naplnil a prichádza čas akoby opätovného návratu do bežného života, návratu do práce a podobne. Mení sa charakter zdravotnej starostlivosti, vykonáva sa podstatne menej vyšetrení a intervaly medzi kontrolami sa predlžujú na niekoľko mesiacov. Prvé roky sa pri sledovaní zameriavane najmä na prípadné prejavy recidívy ochorenia. V neskorších fázach sledovania je cieľom zachytiť včas prejavy neskorej toxicity liečby.

Po určitom období sa končí sledovanie pacienta onkológom a pacient je odoslaný do sledovania všeobecného lekára. Z psychologického hľadiska by bolo správne v tejto fáze prejsť od pomenovania onkologický pacient k pomenovaniu „**prežívajúci**“ alebo **vyliečený pacient**. Je to náročné obdobie a mnohí pacienti zápasia s pocitmi strachu, úzkosti a neistoty. Mnohí sa môžu cítiť akoby stratení a nezriedka aj nepochopení, výsledkom čoho sú dlhodobé adaptačné a psychické problémy. Zvyčajne sa veľká pozornosť venuje diagnostike a liečbe nádorových ochorení. Problematika obdobia po úspešnej onkologickej liečbe je podceňovaná (2, 3). Mnohé patientske organizácie začali venovať väčšiu pozornosť práve dlhodobo žijúcim vyliečeným pacientom a iniciujú vytváranie odporúčaní a plánov (*survivorship care plans*) na starostlivosť o túto časť populácie tak, aby bolo zahrnuté celé spektrum ich problémov.

Dlhodobo žijúci pacienti po onkologickej liečbe predstavujú veľmi **heterogénnu skupinu**, či už z hľadiska veku, alebo z hľadiska typu ochorenia, pre ktoré sa liečili. Podľa amerických štatistík asi 25 % tvoria pacienti vo veku 60 – 69 rokov, asi 45 % pacienti 70 rokov a viac, len asi 5 % tvoria pacienti mladší ako 40 rokov. Z hľadiska onkologických diagnóz ide najčastejšie o pacientov, ktorí boli liečení pre kolorektálny karcinóm, pacientky liečené pre karcinóm prsníka, malú časť tvoria muži s testikulárnymi malignita-

mi, pacienti po liečbe malígných lymfómov a pacienti, ktorí sa liečili na malignitu v detstve (4).

Pre všeobecných lekárov, ktorí majú vyliečených pacientov vo svojej starostlivosti, platia všeobecné odporúčania na sledovanie týchto pacientov, ktoré sú spoločné pre všetkých, nezávisle od typu malignity. Vzhľadom na určité špecifické problémy spojené s liečbou určitých ochorení existujú aj špecifické odporúčania pre pacientov podľa typu ochorenia, na ktoré sa liečili.

Všeobecné odporúčania na sledovanie pacientov po onkologickej liečbe

Okruhy problémov:

1. Recidíva primárneho nádorového ochorenia
2. Vznik sekundárnej malignity
3. Prejavy neskorej toxicity po onkologickej liečbe
4. Špecifické problémy po určitých nádorových ochoreniach (lymfedém, kolostómia, bolesti a podobne)
5. Psychologické a finančné problémy

Recidíva primárneho nádorového ochorenia

Pri väčšine nádorových ochorení je najvyššie riziko recidívy ochorenia počas prvých rokov po ukončenej liečbe, keď sú ešte pacienti v starostlivosti onkológa. Pre jednotlivé typy ochorení a lokalizácie sú vypracované presné odporúčania na vykonávanie kontrolných vyšetrení (ako často a aké vyšetrenia) zvyčajne v priebehu prvých piatich rokov po liečbe. Detailný opis uvedených odporúčaní presahuje rámec tohto článku. Cieľom odporúčaní je, aby sa vykonávali len vyšetrenia, pri ktorých je dokázané, že ich výsledok ovplyvní ďalší postup, a včasná liečba recidívy ochorenia aj u asymptomatického pacienta predlžuje prežívanie po recidíve. Napríklad včasný záchyt a liečba lokálnej recidívy **pacientky s karcinómom prsníka** alebo včasný záchyt kontralaterálneho karcinómu prsníka sú podmienkou na opätovnú kuratívnu liečbu. Pravidelné mamografické vyšetrenia u pacientok po liečbe karcinómu prsníka sú teda dôležité. Naopak, včasný záchyt a liečba vzdialených metastáz (napríklad v kostiach, v pľúcach a pod.) u asymptomatických pacientok nemá vplyv na prežívanie po recidíve, preto sa systematické vykonávanie zobrazovacích vyšetrení, ako je napríklad CT alebo scintigrafické vyšetrenie kostí, neodporúča (5, 6, 7). Nezriedka tak vzniká u pacientok pocit, že sa u nich vykonáva málo vyšetrení a v prípade recidívy zachytenej až v čase

príznakov majú pocit, že bolo niečo zanedbané. V tomto smere je veľmi dôležitá správna komunikácia, najmä zo strany onkológa, ktorý musí venovať pacientke čas, musí jej citlivo vysvetliť svoj postup, a navodiť tak pocit istoty a dôvery. Niekedy je pre lekárov jednoduchšie odosielať pacientky pravidelne na určité vyšetrenia (RTG hrudníka, sonografia brucha, CT vyšetrenia), hoci je to v rozpore s odporúčaniami. Narastá tak riziko nejasných a falošne pozitívnych nálezov, ktoré predstavujú pre pacientky nemalú psychickú záťaž. Neopodstatnené vykonávanie týchto vyšetrení predstavuje pre pacientky zbytočnú radiačnú záťaž a finančnú záťaž pre zdravotnícky systém. Je známy fakt, že u vyliečených pacientov sa často vykonáva viac vyšetrení (laboratórných aj zobrazovacích), ako odporúčajú odborné spoločnosti (5, 6, 7, 8). Pozorné fyzikálne vyšetrenie a anamnéza je to najdôležitejšie, čo je potrebné vykonávať. Podobná je situácia u vyliečených **pacientov s lymfómami**, u ktorých sa tiež v rámci dlhodobého sledovania asymptomatických pacientov neodporúča vykonávať zobrazovacie vyšetrenia. Potrebné je pacienta sledovať, pozorne počúvať a včas reagovať, keď sa objaví určitá zmena či problém (9). V prípade, že sa vykoná napríklad CT, je dôležité, aby bol aktuálny nález porovnaný s posledným CT nálezom po ukončenej liečbe. U pacientov s lymfómami sú často dlhodobo prítomné zbytkové nálezy a tie by mohli byť takto nesprávne interpretované.

Inak je to u **pacientov s kolorektálnym karcinómom**, u ktorých sa počas prvých 5 rokov odporúča v predpísaných intervaloch vykonávať zobrazovacie vyšetrenia, pretože je dokázané, že včasné odstránenie operovateľných metastáz v malom počte (zvyčajne v pečeni, v pľúcach) predlžuje prežívanie pacientov (10). Rovnako sú u pacientov s **testikulárnymi** nádormi vypracované odporúčania na prísne sledovanie nádorových markerov a vykonávanie zobrazovacích vyšetrení v pravidelných intervaloch počas prvých 5 rokov, lebo včasný záchyt a liečba recidívy zvyšuje šance na vyliečenie (11).

Sekundárne malignity a sekundárne primárne malignity

Pojem sekundárna malignita sa vzťahuje na malignity, ktoré vznikli s veľkou pravdepodobnosťou ako neskorý následok liečby primárnej malignity (chemoterapie a rádioterapie).

Duplictná malignita je pojem, ktorý sa vzťahuje na ďalšiu malignitu, ktorá sa v priebehu života vyliečeného pacienta vyskytne bez súvislosti s liečbou prvej malignity. So zlepšova-

ním výsledkov onkologickej liečby primárnych malignít, so zlepšovaním celkovej zdravotnej starostlivosti a narastaním dĺžky života sa zvyšuje riziko, že sa u pacienta vyskytnú ďalšie primárne malignity. Populácia pacientov s duplicitnými a triplicitnými malignitami narastá a v budúcnosti bude ďalej narastať.

Chemoterapia (CHT) je rizikovým faktorom vzniku sekundárneho myelodysplastického syndrómu a akútnej leukémie (sMDS/AML), predovšetkým liečba niektorými cytostatikami (napríklad antracyklíny, vepesid, alkylačné látky) a intenzívna CHT (chemoterapia podávaná pred transplantáciou krvotvorných kmeňových buniek). Sekundárne myelodysplázie a leukémie vznikajú najčastejšie 2 – 5 rokov po ukončení liečby. Po desiatich rokoch riziko ich vzniku výrazne klesá (12).

Niektoré cytostatiká, predovšetkým alkylačné látky zvyšujú aj riziko vzniku solídnych nádorov vrátane pľúcnych, gastrointestinálnych nádorov, nádorov močového mechúra, karcinómu prsníka a tiež sarkómov (12).

Hlavným rizikovým faktorom vzniku sekundárnych malignít je **rádioterapia (RT)**. Rádioterapiou indukované sekundárne malignity sa vyznačujú pomerne dlhou latenciou, preto ich riziko narastá až po desiatich rokoch od ukončenia liečby. U dlhodobo prežívajúcich pacientov sa kumulatívne riziko vzniku sekundárnej malignity zvyšuje aj 30 rokov po ukončení RT. Sú to malignity, ktoré vznikajú v oblasti ožarovacieho poľa, napríklad pľúcne nádory a karcinómy prsníka u pacientov po ožiarení hrudníka, sarkómy alebo melanómy v ožarovacím poli, nádory žalúdka u pacientov po ožiarení podbránicových uzlín, nádory močového mechúra po RT pre gynekologické malignity (12, 13).

Odporúčania na skríning sekundárnych malignít sú najlepšie vypracované pre pacientov, ktorí sa liečili na malignitu v detskom veku, pre pacientov s Hodgkinovým lymfómom (HL) a testikulárnymi nádormi.

Skríning karcinómu prsníka u vyliečených pacientok by nemal začať neskôr ako vo veku 40 rokov. Pre pacientky, ktoré mali RT na oblasť hrudníka, by mal začať skríning 8 rokov po ukončení RT alebo vo veku 25 rokov (pacientky liečené v detskom a dorasteneckom veku), podľa toho, čo nastane skôr. Pri skríningu sa odporúča používať mamografiu a MRI prsníkov. Použitie oboch metód významne zvyšuje pravdepodobnosť včasného záchytu karcinómu prsníka u tejto populácie (14, 15).

Skríning pľúcnych malignít pomocou „low-dose“ CT sa odporúča zväziť u vyliečených pa-

cientov-fajčiarov, ktorí mali RT na oblasť hrudníka. Ideálne je, ak vyliečení pacienti prestanú fajčiť a je potrebné ich k tomu podnecovať.

Skríning kolorektálneho karcinómu (KRK).

Vyliečení pacienti s HL liečení v detstve alebo v ranej dospelosti majú vo veku 40 rokov podobné riziko vzniku KRK ako bežná populácia vo veku 50 – 54 rokov, kedy sa odporúča začať so skríningom. U vyliečených detských pacientov a pacientov s HL sa teda odporúča začať so skríningom KRK o 10 rokov skôr ako v bežnej populácii (16). Vyššie riziko vzniku KRK majú celkovo pacienti po RT na oblasť, v ktorej bolo črevo v ožarovacom poli.

Skríning kožných malignít sa týka najmä pacientov, ktorí boli ožarovaní. Pacientov je potrebné poučiť, aby si sledovali kožu v ožarovacom poli a pri akejkoľvek zmene informovali svojho lekára. Dôležité je, aby sa nevystavovali nadmernému slneniu a používali ochranné krémy. Prehliadka kože by mala byť súčasťou pravidelných kontrolných vyšetrení vyliečených pacientov. V prípade odstraňovania akéhokoľvek znamienka je potrebné vždy najprv vyšetrenie kožným lekárom, ktorý odporučí spôsob odstránenia znamienka či kožnej zmeny.

Prejavy neskej orgánovej toxicity po onkologickej liečbe

Kardiovaskulárne ochorenia sú najčastejšou príčinou úmrtia u dlhodobo prežívajúcich vyliečených pacientov s HL (13). Podobné informácie sa objavujú aj u vyliečených pacientov s testikulárnymi nádormi, ktorí boli liečení CHT, prípadne aj RT. Títo muži majú takmer dvojnásobné riziko **vzniku metabolického syndrómu** v porovnaní s bežnou populáciou. Chemoterapia, najmä ak obsahuje antracyklín, môže spôsobiť oneskorený vývoj kardiomyopatie. Na **kardiotoxicitu** antracyklínov je potrebné myslieť najmä u starších pacientov a u pacientov s komorbiditami (diabetes, arteriálna hypertenzia, hyperlipidémia). Rádioterapia na oblasť hrudníka zvyšuje riziko predčasného vzniku koronárnej choroby srdca, porúch srdcového rytmu, kardiomyopatie, diastolickej dysfunkcie, chlopňových chýb či recidivujúcich perikardiálnych výpotkov. Mnohí pacienti s HL, s agresívnymi non-Hodgkinovými lymfómami, ako aj pacientky s karcinómom prsníka sú liečení CHT s antracyklínmi a následne RT na oblasť hrudníka či hrudnej steny. U tejto skupiny pacientov je potrebné najmä v neskorších fázach sledovania (po ≥ 10 rokoch) myslieť a cielene pátrať po prejavoch neskej kardiovaskulárnej toxicity, a to aj vo veku, v ktorom by sme u bež-

nej populácie ešte koronárnu chorobu srdca či získané chlopňové chyby neočakávali (17, 18). Ak sa napríklad 38-ročná vyliečená žena s HL, ktorá bola pred 12 rokmi liečená CHT a RT, bude sťažovať na neurčité tlaky či pocit úzkosti na hrudníku, mali by sme najprv myslieť koronárnu chorobu srdca či inú formu neskej kardiálnej toxicity, až potom zvažovať iné príčiny.

Ateroskleróza nekoronárnych ciev je ďalšou z komplikácií onkologickej liečby. Mnohé cytostatiká majú toxický vplyv na cievny endotel (taxány, platinové deriváty, vinkaalkaloidy, trastuzumab, bevacizumab), čím potenciujú vývoj aterosklerotických zmien. Rádioterapia je ďalším rizikovým faktorom vzniku aterosklerotických zmien na cievach v ožarovacom poli. Napríklad stenóza karotíd je jednou z možných komplikácií po RT na oblasť krku.

Kardiovaskulárna neskorá toxicita onkologickej liečby predstavuje komplikácie, ktoré sa objavujú neskoro, po ≥ 10 rokoch po ukončení liečby a ich výskyt kontinuálne narastá aj po 30 rokoch od liečby (13, 17). To je obdobie, keď je väčšina vyliečených pacientov už v starostlivosti všeobecných lekárov, preto je dôležitá informovanosť o tejto problematike ako u lekárov prvého kontaktu, tak aj u pacientov.

Vyliečení pacienti môžu svoje **kardiovaskulárne riziko aktívne znižovať** udržiavaním optimálnej hmotnosti, pravidelným pohybom, športovaním, udržiavaním optimálnych hodnôt krvného tlaku, krvných tukov a cukrov (nefarmakologicky a farmakologicky), zdravým životným štýlom a nefajčením. Obezita, hypertenzia, hyperlipidémia a nedostatok pohybu sú častými problémami vyliečených onkologických pacientov. V tejto oblasti sú veľmi nápomocné pacientske združenia, ktoré poskytujú podporu a pôsobia motivačne.

Meranie krvného tlaku, auskultácia karotíd, EKG, meranie obvodu pásu, vyšetrenie hladiny krvných tukov a cukrov by mali byť štandardnou súčasťou pravidelnej prehliadky u všeobecného lekára. V prípade **subjektívnych ťažkostí** je potrebné myslieť na možné prejavy **kardiovaskulárnej toxicity aj u mladších pacientov** a odoslať ich na kardiologické vyšetrenie. U asymptomatických pacientov liečených CHT a RT na oblasť hrudníka sa odporúča echokardiografické vyšetrenie (ECHO) 10 rokov po ukončenej liečbe. U pacientov, ktorí mali v čase rádioterapie na hrudník ≥ 45 rokov, sa odporúča prvé ECHO 5 rokov po ukončení liečby. Frekvencia následných ECHO vyšetrení závisí od aktuálneho nálezu, veku, sprievodných ochorení, prítomnosti iných rizikových faktorov a výkonnostného

stavu sledovaného pacienta. U asymptomatických sledovaných sa odporúča zopakovať echokardiografické vyšetrenie o ďalších 5 rokoch, v prípade nových ťažkostí čo najskôr.

Plúcna toxicita sa najčastejšie vyskytuje u pacientov liečených bleomycínom a po RT na oblasť hrudníka. Táto sa zvyčajne prejavuje ako akútna alebo subakútna pneumonitída ešte počas liečby či krátko po jej ukončení. U pacientov liečených bleomycínom a krátko po ukončenej RT na hrudník musí ošetrojúci onkológ cielene pátrať po prejavoch akútnej plúcnej toxicity a čo najskôr pacientov aj s minimálnymi príznakmi odoslať na pneumologické vyšetrenie. Včasná liečba inhalačnými, v ťažších prípadoch systémovými kortikoidmi je jedným z predpokladov úspešnosti liečby s cieľom zabrániť vývoju ireverzibilnej plúcnej fibrózy. Plúcna fibróza sa zriedkavo môže vyskytnúť aj u pacientov po vysokodávkovanej chemoterapii v dôsledku pneumotoxicity cytostatík (napríklad busulfan) alebo po liečbe metotrexátom. RT na oblasť hrudníka môže spôsobiť u časti pacientov atrofické a fibrotické zmeny sliznice dýchacích ciest.

Neskorá plúcna toxicita sa môže manifestovať ako plúcna fibróza, bronchiektázie, recidivujúce bronchitídy, pneumónie a v neskorých fázach sledovania aj recidivujúce pleurálne výpotky. Pacienti s prejavmi chronickej plúcnej toxicity by mali byť v dlhodobej starostlivosti pneumológa. Nefajčiarsky režim sa považuje u tejto skupiny pacientov za samozrejmosť, čo je však niekedy v rozpore s realitou.

Endokrinopatie. Jednou z najčastejších endokrinopatií po onkologickej liečbe sú poruchy funkcie štítnej žľazy, predovšetkým **hypotyreoza** u pacientov po rádioterapii na oblasť krku a horného mediastína. Uvádza sa, že celkovo asi u 30 – 60 % vyliečených pacientov s HL sa vyskytuje hypotyreoza (19). Postradiačná hypotyreoza vzniká zvyčajne pomerne skoro, u väčšiny pacientov ju zachytávame v priebehu 1 – 3 rokov po ukončenej rádioterapii a stanovenie hladín TSH a T4 by sa malo štandardne vykonávať raz ročne s cieľom identifikovať hypotyreózu ešte v subklinickej fáze. Zriedkavo sa môže hypotyreoza vyvinúť aj oneskorene, preto je stanovenie TSH a T4 štandardnou súčasťou ročných prehliadok dlhodobo sledovaných vyliečených pacientov po RT na oblasť krku a horného mediastína. Včasný záchyt subklinickej hypotyreozy je zvlášť významný u mladých žien, ktoré plánujú tehotenstvo. U pacientov liečených pre malignitu v detskom veku a pacientov po RT na mozog je zvýšené riziko vzniku centrálnych endokrinopatií v dôsledku

hypotalamických a hypofyzárnych dysfunkcií. Pátranie po týchto poruchách je súčasťou odporúčaní na komplexné dlhodobé sledovanie detských onkologických pacientov (19).

Na **hypogonadizmus** je potrebné myslieť včas u pacientov liečených pre testikulárne nádory alebo pri lymfómoch s postihnutím semenníkov.

Neurologické a muskulárne komplikácie.

Mnoho pacientov má po liečbe neurotoxickými látkami (najmä vinkaalkaloidy, cisplatina, taxány, oxaliplatina) v dôsledku **toxickej polyneuropatie** ťažkosti, ako sú trpnutie prstov na rukách a nohách, dyzestézie, poruchy citlivosti na končatinách rôzneho stupňa, pocit studených nôh, kŕče, najmä v lýtkach. Riziko vzniku ireverzibilnej toxickej polyneuropatie narastá s vekom, s prítomnosťou iných komorbidít (diabetes, ateroskleróza ciev) a tiež s kumulatívnou dávkou neurotoxických látok. Neuropatické ťažkosti dlhodobo nepriaznivo vplyvajú na kvalitu života a sú ťažko terapeuticky ovplyviteľné.

Cervikoskopulárna muskulárna atrofia je komplikácia opísaná u vylicených pacientov s HL, najmä po veľkopolovej RT (tzv. horné plášťové pole) a prejavuje sa oslabením krčných svalov a svalov hornej časti hrudníka, čo vedie k chronickým bolestiam v dôsledku nesprávneho držania tela (20). Tu sa odporúča fyzioterapia a dlhodobé posilňovanie postihnutého svalstva

Špecifické problémy po určitých nádorových ochoreniach

Lymfedém je problém, ktorý sa najčastejšie vyskytuje u pacientok liečených pre karcinóm prsníka. Môže sa vyvinúť aj u iných pacientov po disekcii lymfatických uzlín a prípadnej následnej RT. Pacientov je potrebné povzbudzovať, aby tento problém riešili v spolupráci s rehabilitačnými pracovníkmi, ktorí majú potrebnú kvalifikáciu. Veľkou pomocou sú aj patientske združenia.

Kolostómia či už dočasná, alebo trvalá je špecifickým problémom u pacientov s KRK. Život so stómiou prináša mnoho problémov a obmedzení v každodennom živote, či už ide o pracovný, spoločenský či rodinný a sexuálny život. Pri riešení problémov v súvislosti so stómiou sú nápomocné stomické sestry a v nemalej miere patientske združenia.

Chronické bolesti rôzneho charakteru a intenzity sú súčasťou života mnohých vylicených pacientov. Bolesť môže vzniknúť v dôsledku operácie, rádioterapie alebo nezriedka po prekonanom pásovom opare. Nedostatočne tlmená chronická bolesť negatívne vplyva na kvalitu života, vedie často

Tabuľka 1. Sledovanie dlhodobo prežívajúcich pacientov po onkologickej liečbe

Laboratórne vyšetrenia		
KO + dif, FW, Bili, ALT, ALP, Kreat, LDH, Ca, Na, K, moč ch + s Glu, lipidové spektrum, KM		
Kardiovaskulárny systém		
Živospráva	Dostatok pohybu, športové aktivity, primeraná hmotnosť, nefajčiarsky režim, dostatok ovocia a zeleniny	
Eliminovať rizikové faktory	Udržiavať optimálne hodnoty TK, hladiny krvných tukov, cukru a hmotnosť	
Srdce	ECHO	10 rokov po CHT s antracyklínmi alebo/a RT na hrudník, následne o 5 rokov (u asymptomatických pacientov) 5 rokov po CHT s antracyklínmi alebo/a RT na hrudník, ak mal pacient ≥ 45 rokov v čase CHT s antracyklínmi alebo/a RT na hrudník ak sa objavia ťažkosti – zadýchavanie, narastajúca únava, opuchy DK, tlak a bolesť na hrudníku, nový šelest na srdci
	EKG	10 rokov po ukončenej liečbe, vždy pri nových ťažkostiach
	Záťažové EKG	10 rokov po CHT s antracyklínmi alebo/a RT na hrudník u starších pacientov a u pacientov s inými kardiovaskulárnymi rizikami a komorbiditami vždy pri nových ťažkostiach – zadýchavanie, tlak a bolesť na hrudníku, ponáhľavé bolesti na hrudníku a dýchavica, nezávisle od veku
Cievny	Doppler karotíd	10 rokov po RT na oblasť krku a pri novom šeleste nad karotídami myslieť na možnú akcelerovanú aterosklerózu ciev v ožarovacom poli (axilárne, inguinálne cievy a iné)
Endokrinný systém		
Štítna žľaza	1x ročne TSH, T4 u pacientov po RT na krk a horné mediastínium	
Hypofýza Hypotalamus	na centrálne poruchy myslieť u pacientov po RT na CNS (najmä po detských malignitách) a v prípade hypogonadizmu, hypokorticismu, obezity, diabetu, hypotyreózy	
Skríning sekundárnych malignít		
Karcinóm prsníka (pacientky po RT na hrudník)	začať 8 rokov po RT alebo vo veku 25 rokov (pacientky liečené vo veku < 18 rokov), podľa toho, čo nastane skôr v rámci skríningu MMG + MRI prsníkov (najmä pacientky ožiarené vo veku 10 – 35 rokov)	
Kolorektálny karcinóm	skríning začať o 10 rokov skôr ako v bežnej populácii (pacienti s HL, testikulárnymi nádormi a tí, u ktorých bolo črevo v ožarovacom poli)	
Kožné malignity	1x ročne prehliadka kože sledovať zmeny na koži a znamienka v ožarovacom poli ochrana pred UV žiarením (najmä v ožarovacom poli)	
Pľúcne malignity	zvážiť skríning pomocou low-dose CT 1x ročne u pacientov po RT na hrudník, ktorí neprestali fajčiť, nábadať na nefajčiarsky režim CT hrudníka pri nových ťažkostiach – pretrvávajúci kašeľ, zadýchavanie (vylúčiť kardiologickú príčinu) vždy porovnať s posledným nálezom po ukončenej liečbe!!!	

k vzniku depresie, k zníženej fyzickej aktivite, zvyšuje pocit únavy. Takýchto pacientov je potrebné odoslať do ambulancie chronickej bolesti

Psychologické, vzťahové a finančné problémy

Je to okruh problémov, ktorý je často podceňovaný a neriešený, či už lekármi, tak aj rodinou a priateľmi pacientov. Vyliečení onkologickí pacienti trpia častejšie na depresie, úzkostné stavy, chronickú únavu a poruchy spánku (3). Po liečbe chemoterapiou nezriedka dochádza

k prechodnému alebo trvalému zhoršeniu kognitívnych funkcií. Chronická bolesť a ťažkosti v sexuálnej oblasti sú ďalšie negatívne faktory. Pravidelná fyzická aktivita, úprava životosprávy, redukcia hmotnosti, úprava krvného tlaku môžu veľkou mierou prispieť k zmierneniu chronickej únavy, čo následne vedie k zlepšeniu psychického stavu (2, 3). Psychoterapia a niekedy aj prechodná liečba antidepresívami sú v mnohých prípadoch veľmi účinné. Odporúčajú sa aj rôzne relaxačné techniky, joga, pilates a iné. Patientske skupiny sú ideálnym miestom, kde môžu pacienti získať podporu, motiváciu

a vymieňať si navzájom skúsenosti. Vyliečení pacienti v lepšom fyzickom a psychickom stave majú lepšie šance na pracovnom trhu, čo je dôležitý aspekt kvality života.

Prehľad odporúčaní na sledovanie vyliečených pacientov je zhrnutý v tabuľke 1.

Záver

Sledovanie a starostlivosť o dlhodobu žijúcich pacientov po úspešnej onkologickej liečbe predstavuje významnú časť práce onkológov a všeobecných lekárov. Dá sa očakávať, že stále viac vyliečených pacientov bude odosielaných do výhradnej starostlivosti všeobecných lekárov. Starostlivosť o túto populáciu pacientov je komplexná a zahŕňa viacero aspektov – pátranie po prejavov recidívy onkologického ochorenia, skrining sekundárnych malignít, včasné odhalenie prejavov neskorej toxicity, podpora zdravého spôsobu života, ako aj psychologická podpora. Pre všeobecných lekárov je dôležitá kvalitná dokumentácia o ochorení a kompletnej onkologickej liečbe, odporúčenia zo strany onkológa na spôsob sledovania pacienta podľa typu ochorenia a spôsobu onkologickej liečby, dobrá komunikácia s odosielajúcimi onkológmi a v neposlednom rade kontinuálne vzdelávanie v tejto oblasti.

Literatúra

1. World estimated cancer prevalence, adult population: both sexes [online]. Available from: <http://globocab.iarc.fr/summary_table_pop_prev.asp?Selection=225900&title=World&sex=0&window=1&sort=0&submit=%A0Execute%A>.
2. Hewitt M, Greenfield S, Stvall E, et al. *From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition*. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
3. Santon LA. What Happens Now? Psychosocial Care for Cancer Survivors After Medical Treatment Completion. *J Clin Oncol*. 2012; 30: 1215–1220.
4. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin*. 2014; 64: 252.
5. Salloun RG, Hornbrook MC, Fishman PA, et al. Adherence to surveillance care guidelines after breast and colorectal cancer treatment with curative intent. *Cancer*. 2012; 118: 5644–51.
6. Grunfiel E, Hodgson DC, Del Giudice ME, et al. Population-based longitudinal study of follow-up care for breast cancer survivors. *J Oncol Pract*. 2010; 6(4): 174–81.
7. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2015; 26(suppl 5): v8–v30.
8. Potosky A, Han PKJ, Rowland J, et al. Differences Between Primary Care Physicians' and Oncologists' Knowledge, Attitudes and Practices Regarding the Care of Cancer Survivors. *J Gen Intern Med*. 2011 Dec; 26(12): 1403–10.
9. Eichenauer DA, Engert A, André M, et al. Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2014; 25(suppl_3): iii70–iii75.
10. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, et al. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013; 24(Suppl 6): vi64–vi72.
11. Oldenburg J, Fossa SD, Nuver J, et al. Testicular seminoma and non-seminoma: ESMO Clinical Practice Guideli-

nes for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013; 24(Suppl 6): vi125–vi132.

12. Wood ME, Vogel V, Ng A, et al. Second malignant neoplasms: assessment and strategies for risk reduction. *J Clin Oncol*. 2012; 30: 3734–45.
13. Aleman BM, van den Belt-Dusebout AW, Klokman WJ, et al. Long-term cause-specific mortality of patients treated for Hodgkins disease. *J Clin Oncol*. 2003; 21: 3431–39.
14. Bloom JR, Stewart SL, Hancock SL. Breast cancer screening in women surviving Hodgkin disease. *Am J Clin Oncol*. 2006; 29: 258–66.
15. Saslow D, Boetes C, Burke W, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin*. 2007; 57: 75–89.
16. Hodgson DC, Gilbert ES, Dores GM, et al. Long-term solid cancer risk among 5-year survivors of Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol*. 2007; 25: 1489–97.
17. Ng AK. Review of the cardiac long-term effects of therapy for Hodgkin's lymphoma. *Br J Haematol*. 2011; 154: 23–31.
18. Lenihan DJ, Cardinale DM. Late cardiac effects of cancer treatments. *J Clin Oncol*. 2012; 30: 3657–64.
19. van Dorp W, van Beek RD, Laven JSE, et al. Long-term endocrine side effects of childhood Hodgkin's lymphoma treatment: a review. *Hum Reprod Update*. 2012 Jan–Feb; 18: 12–28.
20. Furby A, Béhin A, Lefaucheur JP, et al. Late-onset cervicocapular muscle atrophy and weakness after radiotherapy for Hodgkin disease: a case series. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010; 81: 101–4.

MUDr. Veronika Ballová

Hämatologie/Onkologie,
Kantonsspital Baden
Im Ergel 1, 5404 Baden, Švajčiarsko
ballova.veronika@gmail.com

