

Zo zahraničnej tlače

Posúdenie 2-mesačnej klinickej prognózy u hospitalizovaných pacientov s pokročilými solídnymi nádormi

(Assesing 2-Month clinical prognosis in hospitalized patients with advanced solid tumors)

Odhad očakávanej doby života u pacientov s vážnymi ochoreniami môže byť podkladom pre plánovanie liečby a pre zhodnotenie a adaptáciu životných plánov. V literatúre sa uvádza nadhodnocovanie očakávanej doby prežitia. Tento odhad niekedy vedie ku príliš agresívnej protinádorovej liečbe. Lekárom sa presnejšie darí odhadovať krátke dožitie (< 15 dní) a dlhodobé prežitie (> 6 mesiacov). Obdobie medzitým je časom neistoty, ktoré ovplyvňuje starostlivosť o pacienta.

Cieľom tejto štúdie bolo zhodnotiť klinické, laboratórne a subjektívne prognostické faktory u hospitalizovaných chorých s pokročilou nádorovou chorobou, ale nie aktívne zomierajúcich (teda nie v posledných hodinách alebo dňoch života). Autori konštatujú, že slabosťou validovaného Paliatívneho Prognostického Skóre (Maltoni et al.) je zahrnutie klinickej predpovede prežitia doňho. Klinická predpoveď nie je reprodukovateľná.

Autori zhodnotili údaje o 177 pacientoch prijatých do dvoch francúzskych nemocníc v prvom polroku 2004. Mužov bolo 56,5 %, priemerný vek bol 62,6 roka (od 20 do 93). Najčastejšími nádormi boli nádory prsníka, pľúc, pankreasu, kolorekta, hlavy a krku a prostaty. Takmer polovica chorých mala viac ako 2 metastatické miesta a 16,9 % malo mozgovú metastázu. Viac ako polovica chorých dostala jednu alebo dve línie chemoterapie, 20 % chorých malo stav výkonnosti podľa Karnofského 30–40 %, 70 % chorých malo nad 50 %. Hladiny sérového albumínu boli menej ako 33 g/L u 75 % pacientov a menej ako 24 g/L u 25 % pacientov. Pokojové dyspnoe udávalo 17,5 % chorých, opuchy sa našli u 15,8 %, anorexia u 46,3 % a zmätenosť u 13 % chorých. Medián prežitia bol 58 dní, s intervalom spoľahlivosti 95 % 47–80 dní, 2-mesačné prežitie bolo 49,2 %. Hodnotili sa len výsledky, ktoré sa vykonávali pri prijatí a počas hospitalizácie, žiadne iné krvné vyšetrenia štúdia nepožadovala.

Z 13 parametrov tri (vek, pohlavie a hladina hemoglobínu) nemali vplyv na prežívanie.

Desať faktorov malo negatívny vplyv: 2 a viac orgánov s metastázami, prítomnosť mozgových metastáz, nízky stav výkonnosti, nízka hladina albumínu v sére, hyperleukocytóza, zvýšená aktivita LDH (nad 600 U/L ~ 10µkat/L), pokojové

dyspnoe, anorexia, zmätenosť a opuchy. Keďže nie každému pacientovi sa vyšetroval počet lymfocytov v krvnom obraze a hladina CRP, autori tieto parametre nezahrnuli do hodnotenia.

Pri multivariačnej analýze mali 4 premenné nezávislý prognostický vplyv: stav výkonnosti podľa Karnofského, počet orgánov s metastatickým postihnutím, hladiny sérového albumínu a aktivita LDH.

Každý premennej priradili celé číslo od -3 do +4 podľa toho, akú váhu získala pri regresnej analýze. Keď sčítali tieto priradené čísla [výkonnosť podľa Karnofského: $\geq 70\%$, 40%–60%, $\leq 40\%$ (0, 2, 4), počet metastáz: 0–1, > 2 (0, 2), albumín v g/L: ≥ 33 , 24–32, < 24 (-3, 0, 0) a aktivita sérovej LDH: < 10µkat/L, $\geq 10\mu\text{kat/L}$ (0, 1)] u jednotlivých chorých, získali podľa skóre od 0 do 10 tri skupiny:

- A - skóre 8–10, pravdepodobnosť smrti do 2 mesiacov viac ako 83 % (63 pac.),
- B - skóre 4–7, pravdepodobnosť smrti do 2 mesiacov 29–83% (55 pac.),
- C - skóre 0–3, pravdepodobnosť smrti do 2 mesiacov menej ako 29 % (59 pac.).

V skupine A prežilo viac ako 2 mesiace 8,3% chorých, v skupine B 42,7% chorých a v skupine C 92,2% chorých.

V diskusii autori konštatujú, že ich štúdia znovu potvrdila prognostickú hodnotu stavu výkonnosti podľa Karnofského kritérií, ktorú sa snažili spresniť nájdením ďalších objektívnych kritérií. Svoj skórovací systém považujú za jednoduchý a užitočný pre onkológov, paliatívov pri rozhodovaní o ďalšom terapeutickom postupe v dennej praxi pri posteli chorého alebo v ambulancii. V ďalšej práci ho chcú spresniť a porovnať jeho výsledky s výsledkami iných skórovacích systémov.

Zdroj: Barbot A-C, Mussault P, Ingrand P, Tourani J-M. *J. Clin Oncol.*, 2008, Vol. 26, No. 15: 2538–2543.

Anotáciu pripravila:
MUDr. Kristína Križanová

Závažnosť chronickej bolesti a jej vplyv na kvalitu života pacientov s roztrúsenou sklerózou

(Severity of chronic pain and its relationship to quality of life in multiple sclerosis)

V posledných rokoch sa u pacientov s roztrúsenou sklerózou (SM) sústreďuje pozornosť aj na bolestivé stavy. Ich výskyt bolesti kolíše v rozpätí

29%–82% v závislosti od výskumnej vzorky, definície bolestivých stavov a použitých metód výskumu.

Väčšina štúdií sa zameriava na prevalenciu bolesti, ale nevyhodnocuje závažnosť bolesti. Málo sa vie aj o vplyve bolesti na kvalitu života podmienenú poruchou zdravia (HRQOL). Aj keď viaceré štúdie predpokladajú, že bolesť pri SM sa negatívne prejavuje na HRQOL, nevyužili sa v nich spoľahlivé a validné prostriedky na bolesti a aspekty HRQOL.

Autori štúdie testovali vzorku 99 pacientov s klinicky a laboratórne definitívnou diagnózou SM podľa Posera. Kvalita života podmienená poruchou zdravia bola vyhodnocovaná pomocou dotazníka SF 36 a doplnkové hodnotenie duševného a telesného zdravia bolo v tejto štúdií prevedené pomocou HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) a EDSS (Expanded Disability Status Scale). Intenzita bolesti bola hodnotená pomocou vizuálnej analógovej škály a bolesť sa klasifikovala na neurogennú a inú než neurogennú.

V diskusii autori hodnotia výsledky štúdie, ktoré poukázali na to, že **bolesť je nielen častý, ale aj veľmi závažný symptóm pri SM**. Prevalencia chronickej bolesti v študijnom súbore bola 68,7%, výskyt neurogénnej bolesti 56,6% a inej než neurogénnej bolesti 17,2%. V súlade s inými štúdiami autori zistili, že výskyt bolesti a jej závažnosť celkom nekorelovali s fyzickým deficitom, EDSS skóre, vekom, trvaním choroby a jej priebehom. Prevalencia bolesti a jej závažnosť korelovali s **obmedzením sociálneho fungovania a mentálnym zdravím**. Intenzita bolesti hlavne u žien súvisela s anxiózou a depresiou. Bolesť u pacientov so SM zhoršuje kvalitu života súvisiacu s poruchou zdravia, hlavne s mentálnym zdravím.

Autori konštatujú, že **bolesť pri SM ostáva často neliečená**. Kým bolestivé stavy udávalo 68,7% pacientov, len 26,3% pacientov bolo liečených pre bolesť. Dôvodom, prečo je bolesť neliečená, môže byť neznalosť pacientov a to, že bolesť neprípisujú tomuto ochoreniu, alebo že venujú pozornosť iným závažným symptómom.

Zdroj: Kalia L.V., O'Connor P.W. *Multiple Sclerosis* 2005, 11: 322–327.

Editorka rubriky
MUDr. Hedviga Jakubíková
Neurologická a algeziologická ambulancia
Masarykova 10, 080 01 Prešov
hjacob@gmail.com

