

Krzysztof Buczkowski<sup>1</sup>, Anna Adamczyk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

# Przebieg guza skóry u pacjenta niewyrażającego zgody na leczenie chirurgiczne

A skin tumour course in a patient refusing surgery

## Streszczenie

Nowotwory złośliwe skóry należą do najczęściej spotykanych u człowieka. Wczesne rozpoznanie i szybkie leczenie prowadzą zwykle do pełnego uleczenia. Ponieważ wyleczalność tego rodzaju guzów sięga niemal 100%, niewiele wiadomo o przebiegu choroby w przypadku, kiedy pacjent odmawia leczenia chirurgicznego. Taki przypadek może być dla lekarza prowadzącego poważnym problemem.

**Słowa kluczowe:** guz skóry, owrzodzenie, przetoka

## Abstract

Skin cancers are the most common human malignancies. The early diagnosis and quick therapy usually lead to complete recovery. As complete recovery is possible in almost 100% patients we do not know too much about disease process in patients refusing surgery. Such a patient might be a big problem for a physician.

**Key words:** skin tumour, ulceration, fistula

## Wstęp

Nowotwory złośliwe skóry przebiegające z rozległymi krwawiącymi i sączącymi wydzielinę owrzodzeniami stanowią poważny problem dla lekarzy i pielęgniarek opiekujących się chorymi. Problemem jest nie tylko dobranie odpowiednich opatrunków, ale także ustalenie postępowania, mającego na celu zmniejszenie wielkości guza i jego lokalnej ekspansji. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek pacjenta, u którego brak zgody na leczenie operacyjne doprowadził do rzadko już spotykanej, zaawansowanej choroby, która przysporzyła leczącym sporo problemów zanim zakończyła się zgonem chorego.

## Opis przypadku

Podczas badania z powodu infekcji dróg oddechowych na skórze klatki piersiowej u 74-letniego pacjenta lekarz zauważył egzofityczny guz o wymiarach 3 × 5 cm (ryc. 1). Według relacji chorego i jego żony zmiana ta narastała stopniowo od około 10 lat. Lekarz rodzinny zaproponował konsultację chirurga onkologa, jednak chory nie wyraził na to zgody. Rok później pacjent nadal nie zgadzał się na leczenie operacyjne, mimo powiększania się guza skóry i pojawienia się nieprzyjemnego zapachu, związanego z zakażeniem martwiczej tkanki. W marcu 2001 roku badanie krwi poza niewielką leukocytozą ( $11,1 \times 10^9/l$ ), nie wykazało żadnych zmian. Obraz

Adres do korespondencji: dr med. Krzysztof Buczkowski  
Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego AM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy  
e-mail: [buczkowskik@amb.bydgoszcz.pl](mailto:buczkowskik@amb.bydgoszcz.pl)



Polska Medycyna Paliatywna 2004, 3, 1, 75–78  
Copyright © 2004 Via Medica, ISSN 1644–115X



**Rycina 1.** Guz w momencie rozpoznania  
**Figure 1.** The tumour at the moment of diagnosis



**Rycina 2.** Guz przed radioterapią  
**Figure 2.** The tumour prior to radiotherapy

klatki piersiowej w badaniu rentgenowskim był prawidłowy. Mimo ponawianych rad lekarza rodzinnego i onkologa, u którego pacjent był na konsultacji, chory cały czas obawiał się leczenia chirurgicznego i ograniczał się do miejscowego stosowania żelu z metronidazolem. W maju 2003 roku w czasie wizyty z powodu zapalenia oskrzeli uwagę lekarza zwróciło wyniszczenie chorego (jego masa ciała zmniejszyła się o 20 kg w ciągu 2 lat), dalsza progresja guza skóry, który powiększył się do wymiarów  $12 \times 12$  cm i zgłaszane dolegliwości bólowe. Po zakończeniu leczenia infekcji wykonano badania laboratoryjne, w których stwierdzono leukocytozę ( $19,1 \times 10^9/l$ ), obniżone stężenie hemoglobiny (9,5 g%), hematokrytu (30,8%), prawidłową liczbę erytrocytów ( $4,24 \times 10^{12}/l$ ) i płytek krwi ( $400 \times 10^9/l$ ). Po konsultacji ze specjalistą medycyny paliatywnej i onkologiem pacjent wyraził zgodę na radioterapię guza (ryc. 2). Nadal jednak nie wyrażał zgody na jakikolwiek zabieg chirurgiczny, nawet na pobranie materiału do badania histopatologicznego. Chorego leczono promieniami przenikliwymi w warunkach ambulatoryjnych, otrzymywał dawkę całkowitą 4800 R/p w 12 frakcjach (co w przybliżeniu odpowiada 42 G). W licznych badaniach obrazowych i laboratoryjnych wykonanych w centrum onkologii nie wykryto przerzutów nowotworu do innych narządów. Po zastosowanym leczeniu onkologicznym masa guza zmniejszyła się i ustąpiło krwawienie (ryc. 3). Miesiąc po zakończonej radioterapii obserwowano poprawę wyników badań krwi. Liczba leukocytów wynosiła  $12,5 \times 10^9/l$ , stężenie hemoglobiny 11,7 g%, liczba erytrocytów  $4,8 \times 10^{12}/l$ , wartość hematokrytu 36,5%, a liczba płytek krwi  $472 \times 10^9/l$ . Owrzodzenie skóry pozostałe po terapii leczono żelem zawierającym 1-procentowy metronidazol. W późniejszym okresie stwierdzono egzofityczną zmianę skórą za pra-



**Rycina 3.** Guz po radioterapii  
**Figure 3.** The tumour post radiotherapy

wym uchem. Tym razem ze zmiany pobrano materiał do badania, w którym wykazano raka podstawnokomórkowego skóry. Ze względu na ból w okolicy guza na klatce piersiowej do leczenia włączono doustny tramadol, początkowo 50 mg co 6 godzin, stopniowo zwiększając dawkę do 100 mg co 6 godzin, i miejscowo 0,1-procentowy żel z morfiną. Wyniki leczenia przeciwbólowego były zadowalające. W kolejnych tygodniach obserwowano naciekanie nowotworu w głąb ściany klatki piersiowej, co wiązało się z ewakuacją martwiczo zmienionych tkanek i powiększeniem głębokości rany (ryc. 4). Różnego rodzaju opatrunki i antybiotykoterapia systemowa według posiewu nie zmniejszyły ilości ropnej wydzieliny. Jednocześnie narastało wyniszczenie i osłabienie chorego, pojawiły się też okresowe zaburzenia świadomości — halucynacje wzrokowe i słuchowe, które zmniejszyły się po włączeniu haloperidolu w dawce doustnej 5 mg.



**Rycina 4.** Guz naciekający w głąb klatki piersiowej  
**Figure 4.** The tumour infiltrating deeply into the thorax

Mimo ponawianych zaleceń chory nie zgłosił się na badanie kontrolne w poradni onkologicznej. Do ponownej konsultacji u chirurga onkologa doszło dopiero z powodu pojawienia się przetoki do śródpiersia, ale ze względu na zły stan ogólny chorego nie zakwalifikowano do jakiegokolwiek interwencji operacyjnej. Zalecono postępowanie wyłącznie objawowe.

Ze względu na występowanie obfitej wydzieliny surowiczoro-pnej zastosowano opatrunki z węglem aktywowanym, pochłaniające wysięk i nieprzyjemny zapach. Zmieniane i podawane systemowo antybiotyki według posiewu nie zmniejszyły objawów zakażenia.

Narastające dolegliwości bólowe spowodowały, że po kilku tygodniach stosowania odstawiono tramadol i rozpoczęto podawanie morfiny w postaci wodnego roztworu doustnego w dawce 5 mg co 4 godziny, stopniowo zwiększając dawkę do 10 mg co 4 godziny. Kontrola bólu była dobra, także w ostatniej dobie życia chorego, gdy trzeba było zastosować morfinę w dobowej dawce 30 mg i haloperidol w dawce 5 mg na dobę w ciągłym wlewie podskórnym. Pacjent zmarł w piątym miesiącu po zakończeniu radioterapii z objawami niewydolności krążeniowo-oddechowej w przebiegu wyniszczenia nowotworowego i przetoki do śródpiersia.

## Dyskusja

Nabłonkowe nowotwory złośliwe skóry są najczęstszymi nowotworami złośliwymi występującymi u człowieka. Wśród nich 80% stanowi rak podstawnokomórkowy, a około 20% — rak płaskonabłonkowy (kolczystokomórkowy). Częstość występowania raków skóry wzrasta z wiekiem. W Polsce wykrywa się rocznie około 5000 przypadków tego nowotworu. Rak podstawnokomórkowy w 95% występuje

u ludzi starszych, szczególnie u osób powyżej 65 rż., nieco częściej u mężczyzn. Rzadko powoduje zagrożenie życia, ale nieleczony może wywoływać rozległe ubytki tkanek. Rak płaskonabłonkowy pojawia się częściej na skórze przewlekle nasłonecznianej, u chorych po leczeniu immunosupresyjnym i w bliznach. Oprócz wzrostu miejscowego powoduje przerzuty drogą limfatyczną, a naciekając w głąb skóry, wcześniej wywołuje ból [1].

W prezentowanym przypadku trudności diagnostyczne i lecznicze wynikały z braku zgody chorego na proponowane postępowanie. Od samego początku pacjent starał się leczenie odsunąć w czasie. Pomimo licznych wyjaśnień, zaangażowania wielu lekarzy nie udało się nakłonić chorego do leczenia chirurgicznego. Swoją postawę uzasadniał obawą przed rozprzestrzenieniem się procesu chorobowego („może lepiej tej zmiany nie ruszać, bo się rozleje po całej skórze”). Pytany, nie podawał przykładów bliskich, u których doszłoby do podobnego zdarzenia. Również prośby żony, którą darzył dużym szacunkiem, nie skłoniły pacjenta do leczenia. Wobec takiej postawy chorego możliwe było tylko leczenie objawowe.

Rozpoznanie miało charakter kliniczny i ze względu na odmowę pacjenta nie potwierdzono go histologicznie. Wieloletni przebieg i wyłącznie miejscowy rozrost guza przemawiały z dużym prawdopodobieństwem za rakiem podstawnokomórkowym, który przy zastosowaniu radykalnej terapii jest nowotworem wyleczalnym.

Leczeniem z wyboru w takim przypadku jest zabieg operacyjny, polegający na wycięciu guza z marginesem tkanek zdrowych. Skuteczność operacji sięga 90–95%. W sytuacji, gdy z różnych względów nie można chorego operować, metodą z wyboru staje się radioterapia. Skuteczność promieni jonizujących zależy od głębokości nacieku nowotworowego, rozpoznania histopatologicznego i rodzaju promieniowania; waha się w zakresie 56–98%. Pozytywne wyniki daje także elektrokoagulacja [2].

W przypadku opisanego pacjenta zastosowano radioterapię bez wcześniejszej weryfikacji histopatologicznej. Zdecydowano się na radioterapię w tak zaawansowanym stadium choroby z powodu narastającej niedokrwistości. Po radioterapii ustąpiło krwawienie, zmniejszyły się wymiary guza oraz poprawiły się parametry hematologiczne, co przemawiało za słuszością podjęcia takiego leczenia [3].

Przy tak rozległym guzie było bardzo prawdopodobne, że radioterapia nie będzie zabiegiem radykalnym i nastąpi wznowa procesu rozrostowego. Po około 2 miesiącach od zakończenia radioterapii u chorego zaobserwowano naciekanie guza w głąb

ściany klatki piersiowej, co było przyczyną dolegliwości bólowych, powstania głębokiego owrzodzenia i ostatecznie wytworzenia się przetoki do śródpiersia. Nie można wykluczyć, że przetoka była spowodowana nie tylko wznową, ale także była powikłaniem radioterapii [2].

Niezależnie od przyczyny powstania przetoki nie można było podjąć leczenia chirurgicznego. Pozostało więc leczenie paliatywne. Polegało ono na objawowym leczeniu owrzodzenia nowotworowego. W tym celu stosuje się antybiotykoterapię miejscową i systemową, opatrunki zmniejszające ilość wydzieliny, tkanek martwiczych i pochłaniające nieprzyjemne zapachy [4–8]. Ból towarzyszący zmianom skórnym można leczyć miejscowo i systemowo, przy czym leczenie systemowe jest mniej skuteczne. Zastosowany żel z morfiną w połączeniu z leczeniem metronidazolem jest najlepszym sposobem leczenia miejscowego [9–11].

Podsumowując, należy stwierdzić, że leczenie takiego chorego było bardzo trudne dla lekarzy prowadzących, świadomych tego, że zastosowanie leczenia chirurgicznego mogłoby spowodować pełne wyleczenie. Pacjent wyrażał zgodę wyłącznie na leczenie zachowawcze, mimo licznych informacji, że takie postępowanie doprowadzi do niepomyślnego przebiegu choroby. Taka sytuacja była przyczyną wielu dylematów etycznych związanych z poszanowaniem decyzji chorego, a jednocześnie wymagała

leczenia paliatywnego choroby, która przez długi czas była całkowicie uleczalna.

### Piśmiennictwo

1. Berkan M. Nowotwory nabłonkowe skóry. W: Kordek R. Jassem J. Krzakowski M. Jeziorski A. Onkologia. Medical Press, Gdańsk 2003: 12–19.
2. Solan J.M. Brady L.W. Binnik S.A. Fitzpatrick P.J. Skin. W: Perez C.A. Principles and Practice of Radiation Oncology. Wyd. 2. J.B. Lippincott Company 1992.
3. Twycross R. Wilcock A. Haematological symptoms. W: Management in advanced cancer. Wyd. 3. Radcliff Medical Press 2001.
4. Clark J. Metronidazole gel in managing malodorous fungating wounds. Br. J. of Nurs. 2003; 11: 54–60.
5. Dowsett C. Malignant fungating wounds: assessment and management. Br. J. of Comm. Nurs. 2002; 7: 394–400.
6. Moyle J. The management of malodour. European Journal of Palliative Care 1998; 5: 148–151.
7. Williams C. Role of CarboFlex in the nursing management of wound odour. Br. J. of Nurs. 2001; 10: 122–125.
8. Finlay I.G., Bowszyc J., Ramlau C., Gwiedziniński Z. The effect of topical 0,75% metronidazole gel on malodorous cutaneous ulcers. Journal of Pain and Symptom Management 1996; 11 (3): 158–162.
9. Flock P., Gibbs L., Sykes N. Diamorphine-metronidazole gel effective for treatment of painful infected leg ulcers. Journal of Pain and Symptom Management 2000; 20 (6): 396–397.
10. Zeppetella G., Paul J., Ribeiro M.D. Analgesic efficacy of morphine applied topically to painful ulcers. Journal of Pain and Symptom Management 2003; 25 (6): 555–558.
11. Krajnik M., Żylicz Z., Finlay I., Łuczak J., van Sorge A.A. Potential uses of topical opioids in palliative care — report of 6 cases. Pain 1999; 80 (1–2): 121–125.