

Analiza primera**Potek bolezni pri bolnici s CIN in začetnim karcinomom, ki se ni želela zdraviti**Uršula Salobir Gajšek¹, Filip Simoniti², Simona Šramek Zatler¹, Alenka Repše Fokter^{1,3}¹Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 5, Celje²Zasebna ginekološka ordinacija Simmed, Ul. Dušana Kvedra 27, Šentjur³UKC Maribor, Ljubljanska 5, Maribor**Povzetek**

Biologija predrakavih in začetnih rakavih bolezni materničnega vratu (MV) in preprosta metoda odvzema brisa materničnega vratu (BMV) je omogočila razvoj organiziranih presejalnih programov z namenom zgodnjega odkrivanja in zmanjšanja obolevnosti in umrljivosti za rakom materničnega vratu (RMV). Letos mineva 10. leto od uvedbe organiziranega presejalnega programa ZORA v Sloveniji. Na to so se nadgradili standardni postopki onkološkega zdravljenja. Redko se bolnice odločajo za ne-zdravljenje ali alternativno zdravljenje. Z odločitvijo za ne-zdravljenje in poseganje po alternativnem zdravljenju, ki ne temelji na z raziskavami podprtimi dejstvi in zdravljenju, bo bolezen šla svojo pot in končala v metastatsko razširjeni bolezni in smrti. Primer alternativnega zdravljenja predrakave in začetne rakave bolezni MV nas opozarja, da je nujno standardno onkološko zdravljenje, da je nujno izobraževanje žensk in da alternativni načini zdravljenja niso na mestu.

Ključne besede: patološki bris materničnega vratu, rak materničnega vratu, odklanjanje zdravljenja

Uvod

Pravočasno odkrivanje in zdravljenje predrakavih in začetnih rakavih obolenj materničnega vratu (RMV) je tako pri nas kot v svetu prineslo zmanjšano obolevnost in umrljivost za RMV. V te namene so bili uvedeni številni presejalni programi, v Sloveniji je bil pred desetimi leti uveden organiziran presejalni program ZORA. Pravilno zdravljenje, ki danes pomeni standardne postopke zdravljenja glede na stadij bolezni, lahko prepreči razvoj cervikalne intraepitelijske neoplazije (CIN) visoke stopnje in napredovanje CIN 3 v RMV, ter s tem pomembno vpliva na zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti zaradi RMV. Redko se zgodi, da se bolnica ne odloči za standarden način zdravljenja, se ne zdravi ali se celo odloči za alternativno zdravljenje. Naš namen je prikazati potek bolezni CIN 3 in začetnega RMV pri bolnici, ki se je odločila za alternativni način zdravljenja.

Prikaz primera

Štiriinpetdesetletna bolnica se je po desetih letih 6. julija 2005 zglasila na ginekološki pregled zaradi vabila ZORA. Odvzet PAP bris je bil patološki: PAP IV do V. Do takrat je bila zdrava, dvakrat je rodila in dvakrat splavila, zadnje perilo je imela pred dvema

letoma, v družinski anamnezi ni bilo rakavih obolenj. Izbrani ginekolog jo je poslal v bolnišnico na odščip in abrazijo endocervikalnega kanala.

Kolposkopsko so bile vidne punktacije in mozaik. Histološki izvid je pokazal CIN 3 površine porcije (Sliki 1 in 2), v endocervikalnem kanalu pa je bil v fragmentu strome infiltrat zmerno diferenciranega skvamoznega karcinoma (Sliki 3 in 4). Ginekološko onkološki konzilij UGK v Ljubljani je predvidel zdravljenje. Pri izbranem ginekologu se je oglasila z izvidom in odločitvijo, da se ne bo zdravila, odločila se je za alternativno zdravljenje. Izbrani ginekolog ji je po telefonu ponovno svetoval zdravljenje, a ga je zavrnila. Čez eno leto ji je ponovno poslal dopis o potrebnem zdravljenju.

Po skoraj sedmih letih, dne 26. 5. 2012, je bila bolnica sprejeta v bolnišnico. Ugotovljen je bil razširjen tumor v mali medenici, ki je infiltriral steno vagine in mehurja, obojestransko hidronefroza III do IV stopnje s postrenalno ledvično insuficienco, povečane metastatske bezgavke periferno in retroperitonealno, generaliziran edem telesa, plevralni izliv in metastaze v obeh dojkah. Želela se je zdraviti! Onkološki konzilij je pri bolnici ugotovil terminalno fazo raka materničnega vratu, ki je zaradi zavrnitve standardnega zdravljenja po sedmih letih napre-

doval kljub alternativnemu zdravljenju. Specifično onkološko zdravljenje ni bilo več mogoče! Ob simptomatski terapiji je umrla tri tedne po sprejemu v bolnišnico.

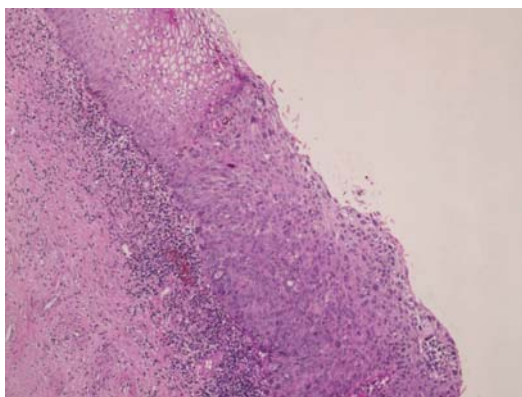
S primeri, ki so podobni zgornjemu, se srečujemo v naši vsakdanji praksi, čeprav so k sreči redki, še bolj redki pa so dokumentirani zapisi o njih (1).

Razprava

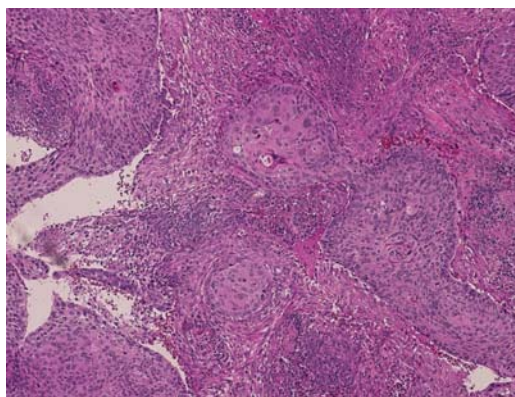
Z napredkom medicine se spreminjajo načini zdravljenja, mnogi malignomi, ki so še pred kratkim veljali za neozdravljive, pa so bodisi zaradi sodobnih zdravil bodisi zaradi zgodnjega odkrivanja postali v veliki meri ozdravljivi. Slednje še posebno velja za RMV, ki ga z organiziranim presejanjem in citološkim pregledom brisa materničnega vratu vse pogosteje ozdravimo, večinoma pa z zdravljenjem predrakavih sprememb celo preprečimo. Znano je namreč, da je tveganje za razvoj invazivnega karcinoma pri ženskah z nezdravljenim CIN 3 pomembno večje kot pri tistih, ki so bile zaradi CIN 3 ustrezno zdravljene (2, 3). Onkologija sodi med medicinske vede, ki so v zadnjih letih najbolj napredovale. Najbolj optimalen način zdravljenja predlaga zdravnik, vendar je končna odločitev o tem, ali se bo za zdravljenje

odločil, bolnikova. Večina študij se še vedno osredotoča na najboljše možne načine onkološkega zdravljenja in paliativne oskrbe (4), manjša pozornost pa je namenjena razumevanju kdaj in zakaj nekateri bolniki zavračajo zdravljenje. Zdi se, da se bolniki najpogosteje bojijo stranskih učinkov zdravljenja, slabe kakovosti življenja ob zdravljenju ali pa imajo negativne izkušnje v krogu svoje družine, prijateljev ali znancev (5–7). Pri odločitvi za zdravljenje imajo odločilno vlogo tudi različni politični in ekonomski sistemi v svetu ter dostop do zdravstvene oskrbe, ki je najslabša v nerazvitih državah, po drugi strani pa je tudi v nekaterih najbolj razvitih državah bolj privilegij kot pravica (8). Mnoge raziskave navajajo, da je pomemben neodvisni dejavnik tveganja za izid zdravstvenega stanja zdravstvena pismenost (»health literacy«), ki je neodvisna od rase in celo izobrazbene strukture (9–13).

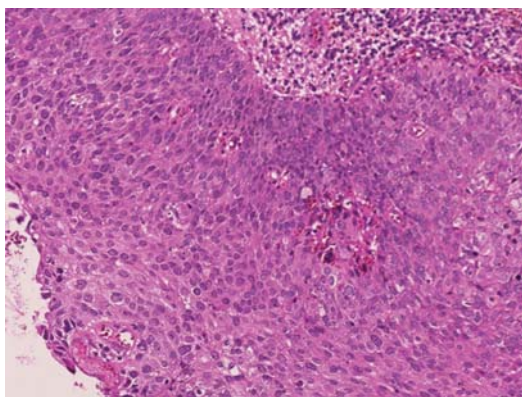
V našem zdravstvenem sistemu imajo vsi bolniki enake možnosti, kar še posebno velja za tiste iz presejalnih programov. Razlogi za odklanjanje zdravljenja so, poleg nekaterih zgoraj naštetih, morda povsem osebne narave, s katerimi se strokovnjaki premalo ukvarjamo predvsem iz objektivnih razlogov. V skopo odmerjenem času, ki ga ima zdravnik na voljo za eno bolnico, ji težko razloži že samo di-



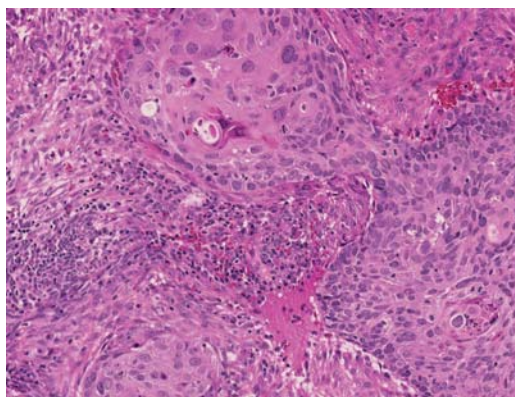
Slika 1. Porcija, ekscizija (HE, x10)



Slika 4. Kiretaža (HE, x20)



Slika 2. Porcija, ekscizija (HE, x20)



Slika 3. Kiretaža (HE, x40)

Zaključki

1. Tudi v našem okolju nekatere bolnice še vedno odklanjajo zdravljenje zgodnjih oblik RMV in predrakavih sprememb, ki jih odkrijemo v presejalnem programu.
2. Vzroki za odklanjanje terapije so različni in jih ni mogoče vedno argumentirano ovreči.
3. Zdravniki in ostalo zdravstveno osebje zaradi normativov in drugih objektivnih okoliščin ne more posvečati dovolj časa tej populaciji bolnic.
4. Kljub objektivnim preprekam je potrebno iskati načine, da bomo te bolnice prepričali o potrebnosti ustreznega zdravljenja.
5. Še vedno ostaja naša naloga in naloga celotne družbe vzgajati in naučiti ženske o bolezni materničnega vratu, da bodo postale prosvetljene!

agnozo in primeren način zdravljenja, dodatne razlage in prepričevanje pa bi šle v škodo naslednjih pacientk, ki jih mora isti dan pregledati. DP ZORA ima spletno stran, ki je dostopna tako izvajalcem programa kot uporabnicam (<http://zora.onko-i.si>), vendar se ga ženske v zvezi z dilemami glede zdravljenja redko poslužujejo, čeprav zaposleni kljub izraziti kadrovski podhranjenosti vestno odgovarjajo na zastavljena vprašanja. Tako so bolnice pogosto prepuščene same sebi. Bolj osveščene se morda zatekajo k raznim spletnim klepetalnicam, kjer pa ne redko dobivajo informacije o negativnih izkušnjah in nasvete za različna alternativna zdravljenja.

Literatura

1. Braun S, Reimer D, Strobl I, Wieland U, Wiesbauer P, Müller-Holzner E, et al. Fatal invasive cervical cancer secondary to untreated cervical dysplasia: a case report. *Pathologie*. 2009; 30 Suppl 2: 128–35.
2. McCredie MRE, Sharples KJ, Paul C, Baranyai J, Medley G, Jones RW, Skegg DCG. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol* 2008; 9: 425–34.
3. Schiffman M, Wentzensen N, Wacholder S, Kinney W, Gage JC, Castle PE. Human Papillomavirus Testing in the Prevention of Cervical Cancer. *J Natl Cancer Inst* 2011; 103: 368–383.
4. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *Journal of the American Medical Association* 1998; 279: 1709–14.
5. Brock DW, Wartman SA. Sounding board. When competent patients make irrational choices. *New England Journal of Medicine* 1990; 322: 1595–9.
6. McKenna RJ. Clinical aspects of cancer in the elderly. Treatment, decisions, treatment choices and follow-up. *Cancer suppl*. 1994; 74: 2107–16.
7. Jolley MG. Ethics of cancer management from the patient's perspective. *Journal of medical ethics*, 1988; 14: 188–90.
8. Westin SN, et al. Social factors affecting treatment of cervical cancer: ethical issues and policy implications. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 747–51.
9. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. *Health Literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academy Press; 2004.
10. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 791–8.
11. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health* 2002; 92: 1278–83.
12. Paasche-Orlow MK, Jacob DM, Powell JN. Notices of Privacy Practices: a survey of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 documents presented to patients at US hospitals. *Med Care* 2005; 43: 558–64.
13. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 806–12.