

# CAZURI DIFICILE



Dr. Tudoran Teodor

**Pacient M.P., sex masculin, 52 de ani, este internat pentru asteno-fatigabilitate, cu un indice de performanță ECOG4, greață cu vărsături bilioase recurente de peste 6 luni, gastrostomă de alimentație, dureri dorso-lombare, cu tratament analgetic de treapta III - Fentanyl TD 100  $\mu\text{g}/\text{h}$ , tranzit intestinal absent pentru gaze și fecale.**



▶ **AHC:** - ne semnificative

▶ **APP:**

- ❑ HTAE IIC cu risc cardiovascular mediu
- ❑ Colecistectomizat pentru litiază biliară - în decembrie 2015

▶ **CVM:**

- ❑ locuiește în mediu urban
- ❑ căsătorit, are un băiat de 23 ani
- ❑ pregătire superioară - inginer constructor
- ❑ pensionar de boală
- ❑ religie: ortodoxă - nepracticant
- ❑ fumător de 20 de ani
- ❑ consumă rar băuturi alcoolice

## ► Istoricul bolii:

- **Noiembrie 2015** - probleme dentare ⇒ consult stoma +  
+ ex. oro-maxilo-facială ⇒ formațiune tumorală al  
palatului dur ⇒ biopsie
  
- **Ianuarie 2016** ⇒ rezecție ½ palat dur ⇒
  - ex. HP: **CARCINOM ADENOID CHISTIC**
  - ex. CT și RMN: fără determinări secundare, forma recidivă
  
- **Februarie - aprilie 2016** - RT adjuvantă
  
- **Iunie 2016** - sinus tapetat de țesut inflamator, cu secreții, fără aspect tumoral
  - CT - RMN - adenopatie laterocervicală stg. (20 mm)
  - Limfaedenectomie laterocervicală stg + HP:  
⇒ **CARCINOM ADENOID CHISTIC, METASTATIC**
  - Biopsie sinus maxilar: fără semne de recidivă

▶ ***Ianuarie 2017*** - Bilanț imagistic CT la distanță

- ❑ mucoasă sinuzală fără caracter tumoral
- ❑ suspiciune de adenopatii laterocervicale stg
- ❑ micronodul pulmonar stg

▶ ***Aprilie - Mai 2017:***

- ▶ dureri dorsale, adenopatii cervicale stg
- ▶ masă tumorală sinus maxilar drept, invazivă în părțile moi geniene și infratemporale drepte
- ▶ zonă de osteoliză corp vertebral D3 ⇒ interpretat ca recidivă și determinări secundare osoase
- ▶ intervenție neurochirurgicală → laminectomie D3-D5
- ▶ Radioterapie (RT) paliativă

▶ **Septembrie - noiembrie 2017:** CHT în Germania

▶ **Decembrie 2017:**

- ❑ astenie marcată, paloare, anemie microcitară grd.3 cu necesar de transfuzie
- ❑ hipomagneziemie, hipocalcemie, leucopenie

▶ **Ianuarie 2018:**

- ❑ CT: leziuni osteolitice os maxilar dr și stg
- ❑ Noduli pulmonari bilateral (nespecifici)

▶ **Februarie 2018:**

- ❑ vărsături, cefalee de tip hemicranie
- ❑ internat - Dg.: Nevralgie de trigemen. Sindrom Claude Bernard Horner.  
Pangastrită cronică erozivă.
- ❑ Ex. neurologic: Sindrom hiperemetic funcțional
- ❑ RMN coloană cervicodorsală: colecție în zona laminectomiei.
- ❑ RMN craniu: fără determinări secundare cerebrale, masă tumorală sinus maxilar drept cu invazie spre orbită

## ► **Martie 2018:**

- ❑ RT paliativă la nivelul formațiunii tumorale maxilare drepte, antiemetice și depletive, cu minimă ameliorare
- ❑ primește tratament opioid de treapta III
- ❑ recomandare pentru consult neurochirurgical, RMN
- ❑ puncție LCR pentru diseminare - negativ.

## ► **Martie 12-22 - 2018:** internat într-o secție de îngrijiri paliative:

- ❑ aceleași simptome
- ❑ alimentat pe sondă NG
- ❑ tratament antiemetic, analgetic și roborant
- ❑ recomandare pentru ex. gastroenterologic și montare de Gastrostomă de alimentație

## ► **Martie 23-28 - 2018:**

- ❑ Gastrostomă de alimentație percutanată pentru tulburări de masticăție, de deglutiție, greață și vărsături
- ❑ Gastroscoapie (cu nasogastroscoapula): esofag fără leziuni, stomac cu metaplazie intestinală, corp gastric și antru, bulb D2 libere.

- ▶ ***Aprilie- august 2018:*** îngrijit la domiciliu de familie
  - episoade de vărsături intermitente - țineau 3-4 zile și cedau la fel pentru 3-4 zile.
- ▶ ***31 August - septembrie 2018:***
  - internat într-o secție de îngrijiri paliative privată pentru accentuarea sindromului emetogen, constipație rebelă → tranzit încetinit, absent pentru gaze și fecale - interpretat ca un sindrom subocluziv.



## ► Ex.obiectiv:

- Pacient cu stare generală bună, afebril. OTS și la persoană, fără semne neurologice de focar
- Cașexie: Gr= 58 kg, I=176 cm
- conștiență păstrată, paloare, edeme membre inferioare și flancuri
- facies asimetric, cu edem palpebral dr și logoftalmie stg - hemipareză facială stg
- arcada sprânceană dr mai proeminentă - TU osoasă
- unghiul mandibulei stg proeminent, dureros, adenopatie submandibulară stg
- cicatrice laterocervicală după limfadenectomie laterocervicală stg
- sinus maxilar și palatul dur rezecat. cu protezare siliconică pentru reflux nazal
- musculatura hipotrofică, hipotonă, ambulația compromisă
- tuse cu expectorație și sialoree prin tulburări de deglutiție
- TA: 12/7, puls periferic prezent, AV 70/minut, fără semne de flebită superficială sau profundă
- lipsa scaunelor de peste 2 săptămâni, abdomen flasc și nedureros, zgomote hidroaerice rare (ECO: mișcări de brasaj)
- Gastrostomă cu sondă de alimentație, permeabilă - vărsături bilioase la orice tentativă de introducere de lichid pe sondă + vărsături spontane bilioase
- micțiuni controlate → urinează în ploscă



## ► Obiective de îngrijire:

- ❑ pacient imobilizat - prevenția escarelor
- ❑ controlul durerii
- ❑ încercarea de control al sindromului emetogen
- ❑ reluarea tranzitului intestinal, eventual degajare prin clismă înaltă.

## ► Tratament:

- pacient cu abord venos central cu cameră de perfuzare:
- Reechilibrare hidroelectrolitică (REHE): Glucoză + Ser fiziologic + Sol. Ringer
- Dexametazonă 1 f/zi
- Haloperidol 1/3 - 1/3 - ½ fiolă (pacientul și aparținătorii refuză Metoclopramidul pentru somnolență)
- Fentanyl TD 100μg/h + 20 mg Morfină (doza de salvare)
- Controloc 40 mg i.v.
- Kabiven - tricameral 500 cal, 1/zi
- Fresubin - în limita toleranței gastrice și fără a provoca vărsături
- Lactuloză, Clismalax



<b>Ziua 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vărsăturile persistă</li> <li>• se compromise camera de abord venos central</li> <li>• se renunță la Kabiven</li> <li>• continuă tratamentul pentru REHE</li> <li>• se practică cu dificultate o clismă înaltă</li> <li>• control analgetic cu o singură doză de salvare de Morfină</li> <li>• se montează pungă transformând gasatrostoma în sondă de aspirație</li> </ul>
<b>Ziua 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• staționar + puseu hipertensiv: 200/100 → Furosemid 100 1f + 100 ml ser fiziologic → 150/80</li> <li>• Retenție acută de urină → se montează sondă uretrovezicală</li> <li>• are 2 scaune lichide și discretă eliminare de gaze</li> </ul>
<b>Ziua 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• somnolent, se renunță la administrarea Haloperidolului peste zi</li> <li>• vărsăturile s-au redus, se tentează alimentația pe sonda de gastrostomă, cu cantități mici de Fresubin</li> <li>• oligurie - 1000 ml ser fiziologic + 1f Furosemid → diureză bună.</li> <li>• se introduce Olanzapină 5 mg orodispersabil - 1-1-0</li> </ul>
<b>Ziua 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală influențată</li> <li>• se repermeabilizează "camera", se reia alimentația parenterală cu Kabiven</li> <li>• "aspirat" bilios prin sondă de gastrostomă, se continuă alimentația cu Fresubin</li> <li>• fără scaun, tranzit prezent pentru gaze</li> <li>• analgezie cu 4 doze de salvare; se decide creșterea dozei de Fentanyl,</li> <li>• hematurie - Etamsilat, edeme reduse</li> </ul>
<b>Ziua 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• control analgetic bun, fără doze de salvare, 150 μg Fentanyl/h</li> <li>• fără vărsături</li> <li>• nu s-a reluat tranzitul, se preconizează o nouă clismă înaltă</li> <li>• diureza bună.</li> </ul>

## ► Dificultatea cazului din p.d.v. paliativ:

- ❑ persistența sindromului emetogen de peste 6 luni
- ❑ imposibilitatea alimentației
- ❑ imposibilitatea dministrării medicației recomandate per os (medicația pentru durerea neuropatică)
- ❑ instabilitatea stării generale și simptomatică
- ❑ pacient tânăr, familie cu așteptări

