

TRACTAMENT DE SUPORT DEL MALALT CANCERÓS (I)

J. BORRÀS

El tractament de suport del càncer comprèn una sèrie de mesures conegudes per altres termes com tractament simptomàtic, palliatiu, dels efectes secundaris, cures generals etc., i que d'alguna manera s'han anat utilitzant en el context del tractament oncològic general.

Dues són les principals finalitats del tractament de suport. La primera eliminar, pal·liar i prevenir les complicacions sorgides en el curs de la malaltia. La segona: capacitar la resta de terapèutiques específiques, bé millorant les condicions del malalt, bé disminuint els efectes secundaris.

Actualment, el tractament de suport del càncer ha esdevingut una part més del tractament oncològic tal com són la cirurgia, la radioteràpia, i el tractament mèdic específic. Aquest fet ha estat condicionat especialment per un enfocament sistematitzat en el diagnòstic, tractament i seguiment del malalt neoplàsic, així com per una actitud davant la malaltia que pretén assolir tant una millor qualitat com una quantitat de supervivència.

El següent pas ha estat, necessàriament, el d'abordar el tractament de suport d'una forma unitària i científica. Unitària perquè fa front a una sèrie de circumstàncies freqüents i concretes en la pràctica oncològica diària i que depenen bàsicament de tres factors:

- 1er: de les condicions pròpies del malalt.
- 2on: dels efectes del tumor sobre l'hoste.
- 3er: del context i l'entorn del malalt.

Científica perquè n'adapta la metodologia pròpia, sistematitzant els coneixements, protocol·litzant pautes terapèutiques, utilitzant la investigació clínica mitjançant l'assaig controlat i col·laborant amb la bàsica per a un millor coneixement de la biologia tumoral.

Atès que la taula fa referència a les bases biològiques del tractament, en faré un esbós de tipus general, ja que aspectes més concrets han estat descrits als diferents capítols del llibre de Ponències. Les bases biològiques del tractament de suport se centren en el comportament del tumor, comportament que sovint es repeteix per a cada localització i tipus histològic i que ens permetrà amb més o menys possibilitats una actitud preventiva. En tot cas, les complicacions que caldrà prevenir o tractar vindran donades pels següents factors:

- 1) La capacitat del tumor per a créixer localment envaint estructures pròpies i veïnes.

- 2) La capacitat del tumor d'envair i créixer en òrgans distants (fenomen de metastatització).
- 3) La capacitat d'alliberar substàncies, ben conegudes o no, pròpies de l'hoste o d'altres estranyes.
- 4) La resposta biològica de l'hoste i del tumor a les terapèutiques específiques.

El tractament de suport comprèn una sèrie de mesures concretes que enumero a continuació, i que cal plantejar tant en la primera avaluació com en les successives de la malaltia:

1. Malalties associades.
2. Complicacions de les maniobres diagnòstiques i terapèutiques.
3. Context humà, familiar i social, medi sanitari.
4. Cures psíquiques. Informació.
5. Nutrició.
6. Manifestacions i síndromes sistèmiques associades a la neoplàsia.
7. Infeccions.
8. Dolor.
9. Rehabilitació física, funcional, psíquica i social.
10. Situacions d'Urgència.

Totes aquestes mesures són igualment importants, encara que cadascuna tingui una preponderància relativa en funció de la localització tumoral, estat evolutiu de la malaltia, possibilitats terapèutiques en aquell moment, tipus de complicació, etc.

Les malalties associades estan presents en una quarta part dels malalts amb càncer. En alguns casos estan en relació amb determinada localització tumoral i caldrà descartar-les. La presència d'una malaltia associada empitjora el pronòstic del tumor, especialment perquè limita l'actuació de les terapèutiques oncològiques. D'aquí la importància dels seus control i tractament tant com la del mateix tumor.

Els efectes secundaris dels tractaments s'han de tenir presents en iniciar tota terapèutica i el malalt ha d'estar-ne informat. En alguns casos, els inconvenients dels efectes secundaris superen els beneficis dels resultats i caldrà ser ponderat en la indicació terapèutica. El coneixement de les complicacions a llarg termini és important a l'hora d'avaluar l'aparició de nova patologia en un malalt potencialment guarit.

Respecte al context humà, familiar, social i del medi sanitari no m'estendré, atès que el Dr. López en farà àmplia referència.

Les cures psíquiques han monopolitzat en algun moment el concepte de suport en càncer i, si bé són un factor important, cal considerar-les com un aspecte més. L'impacte psíquic i la resposta del malalt i la família a la malaltia depèn en gran part de la pròpia actitud del metge i és de gran importància a l'hora de facilitar la continuïtat en els tractaments. Vull insistir en l'aspecte més important, al meu entendre, de les cures psíquiques en la mesura que condicionen les altres: la informació. Cal una informació uniforme i homogènia pel fet que les informacions contradictòries angoixen molt el malalt. La informació ha d'ésser: individualitzada, honesta, continuada i progressiva, en funció de les necessitats del malalt i sempre mantenidora de l'esperança.

L'estat nutritiu del malalt neoplàsic és un factor pronòstic per ell mateix i per condicionar els tractaments específics. El tractament de la desnutrició, tant fisiopatològic com dietètic, estarà en funció del moment evolutiu de la malaltia, tot comprnent des de la nutrició parenteral, indicada en molt poques ocasions, fins aquells casos avançats en què la ingesta forçada pot empitjorar la qualitat de vida i l'estat nutritiu haurà perdut importància.

Respecte al tractament de les manifestacions sistèmiques, insistir en les més freqüents i amb tractament de suport específic com són la hipercalcèmia, l'anèmia, els trastorns de la coagulació i la febre tumoral.

En general, la palliació de la resta de les manifestacions sistèmiques originades per l'alliberament de substàncies tumorals s'assolirà amb el tractament del tumor primari i no tenen tractament de suport específic.

La prevenció i el tractament de les infeccions han assolit una millora en la supervivència de malalts neoplàsics en els darrers anys. Malgrat això, la infecció ha estat la causa de mort en un de cada catorze malalts amb possibilitats de guarició. Aquesta part del suport és evidentment extensa, i vull insistir solament en l'aplicació de mesures de tipus general i higiènic que poden en gran manera reduir el nombre d'infeccions, com ara evitar les hospitalitzacions innecessàries, aïllament dels malalts amb capacitat de transmetre infeccions, extremar mesures higièniques, etc.

Del tractament del dolor al malalt neoplàsic, vull remarcar els punts següents:

— Cal fer un plantejament individualitzat de cada cas valorant tant les causes del dolor com els factors propis del malalt, sobretot psíquic, i les condicions del medi.

— Existeixen mesures com la neteja i cures freqüents de les lesions ulcerades, la irradiació de les metàstasis òssies i el tractament citostàtic específic que poden controlar per elles mateixes el dolor.

— El tractament farmacològic ha d'ésser ordenat i racional tenint en compte el tipus d'analgèsic, la via i el ritme d'administració, les dosis i combinacions possibles.

— Evitar la instauració precoç de narcòtics i no estalviar-los quan n'hi ha veritable necessitat.

Quant a la rehabilitació, a més a més dels aspectes generals de tipus físic, i integració al medi, cal fer un plantejament específic per a cada localització tumoral des del moment del diagnòstic, per exemple, en neoplàsies de cap i coll (foniatria, rehabilitació del buidament cervical radical), en neoplàsia de mama (pròtesis, prevenció i rehabilitació del braquiedema), en còlon i recte (cures de la colostomia, alimentació, etc.).

Per últim, les complicacions poden ser causa d'una urgència que precisa immediata assistència i que no necessàriament va lligada a un mal pronòstic o a un estat terminal. El més important en aquests casos a l'hora de prendre una decisió terapèutica és poder fer una valoració pronòstica de l'estat evolutiu i considerar les possibilitats de tractament específic de les que encara es pot beneficiar el malalt.

Vull acabar insistint que aquestes mesures formen part d'una actitud de cara al malalt neoplàsic que comporta assistència tant com guarició, assistència

que ha d'ésser continuada i integral dins del tractament multidisciplinari del càncer.

Com a conclusions d'aquesta part de la terapèutica oncològica, caldria remarcar les següents:

1er. El tractament de suport s'ha conformat com una part més del tractament oncològic al costat de la cirurgia, radioteràpia i tractament mèdic específic.

2on. El tractament de suport assoleix per ell mateix, o capacitant les altres terapèutiques, un augment de les qualitat i quantitat de supervivència del malalt amb càncer.

3er. El tractament de suport comprèn una sèrie de mesures i tècniques concretes que s'aborden actualment des d'una perspectiva unitària i científica.