

## Giant breast tumours. Experience of a regional Palliative Care Unit

Olbrzymie guzy nowotworowe piersi w materiale Oddziału Opieki Paliatywnej

Гигантские опухоли новообразований в груди в материале Отделения Паллиативной Заботы

<sup>1</sup> Oddział Opieki Paliatywnej Szpitala Miejskiego nr 1 w Będzinie. Ordynator Oddziału: dr n. med. Tatiana Pietrzyńska

<sup>2</sup> Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Bytomiu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Zabrzu SUM w Katowicach. Kierownik Oddziału: dr hab. n. med. Ewa Podwińska. Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Piotr Knapik

<sup>3</sup> Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu SUM w Katowicach. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Anita Olejek

<sup>4</sup> Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej w Bytomiu SUM w Katowicach. Kierownik: dr hab. n. med. Jacek Gawrychowski  
Correspondence to: dr n. med. Tatiana Pietrzyńska, Ordynator Oddziału Opieki Paliatywnej Szpitala Miejskiego nr 1 w Będzinie, ul. Małachowskiego 12, 42-500 Będzin, tel.: 032 267 30 11, e-mail: tpietrzynska@poczta.onet.pl;

prof. dr hab. n. med. Anita Olejek, Kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu, ul. Stefana Batorego 15, 41-902 Bytom, tel.: 032 786 15 40, e-mail: bytomobstgyn@slam.katowice.pl

Source of financing: Department own sources

### Summary

Breast cancer is the most common malignant tumour developing in Polish women. Each year, over 11,000 new cases are registered in our country. Breast cancer is the leading cause of mortality due to malignant neoplasms in the females. The aim of paper, apart of presenting extremely advanced clinical cases of breast cancer and management strategies implemented, is to highlight the complexity of this problem, due overlapping of several medical and social factors. Inoperable, locally advanced breast cancer usually presents clinically as a giant primary tumour, frequently with extensive metastases in the axillary fossa. Giant breast tumour, with a diameter exceeding 5 cm, frequently extensively invading skin and deeper tissues, is usually accompanied by lymphatic oedema. Occurrence of such clinically advanced and morphologically gigantic forms of breast cancer in the material of Palliative Care Unit is most often due to one of the following: dynamic progression or recurrence of the disease, refusal of cause-oriented treatment or its interruption and extreme neglect. The main treatment option in this group of patients is aggressive induction chemotherapy. If surgery is contraindicated, patients undergo radical radiotherapy. Principal goal of therapy at a palliative care unit is relief of symptoms and improvement of quality of life, realized by medical and non-medical means. Psychological and spiritual support aims at creating a positive attitude of the patient towards his or her condition. The key factor is partner-like relations with patients, preservation of their autonomy and respect for their decisions concerning continuation of further treatment.

**Key words:** breast cancer, giant tumour, palliative care, lymphatic oedema, ulcer

### Streszczenie

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym występującym u kobiet w Polsce. Każdego roku w naszym kraju rejestruje się ponad 11 000 nowych zachorowań. Rak piersi jest także przyczyną największej liczby zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe u kobiet. Celem pracy – oprócz przedstawienia krytycznie zaawansowanych obrazów klinicznych raka piersi i metod postępowania leczniczego – jest zwrócenie uwagi na złożoność problemu i nakładanie się różnorodnych czynników zdrowotnych i społecznych. Nieoperacyjny,

miejscowo zaawansowany rak piersi obejmuje przypadki, dla których typowe są duży pierwotny guz oraz najczęściej rozległe przerzuty w dole pachowym. Olbrzymi guz piersi – o średnicy przekraczającej 5 cm – często nacieka rozległe skórę, tkanki położone głębiej, zazwyczaj towarzyszy mu obrzęk limfatyczny. Występowanie zaawansowanych klinicznie – często olbrzymich morfologicznie – postaci raka piersi w analizowanym materiale Oddziału Opieki Paliatywnej ma najczęściej trzy źródła: krytyczny rozwój lub nawrót choroby, odmowę leczenia przyczynowego lub jego zaniechanie oraz krytyczne zaniedbania. Podstawowym leczeniem systemowym w tej grupie chorych jest agresywna chemioterapia indukcyjna. W przypadku przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego leczeniem z wyboru jest radykalna radioterapia. Zasadniczy cel leczenia na oddziale opieki paliatywnej to przede wszystkim łagodzenie objawów choroby oraz poprawa jakości życia, co uzyskuje się na drodze postępowania medycznego i niemedycznego. Poprzez wsparcie psychologiczne i duchowe dąży się do tego, aby pacjent osiągnął pozytywną ocenę swojego stanu. Istotne jest podmiotowe traktowanie chorego, dbałość o zachowanie jego autonomii i szanowanie jego decyzji co do dalszego postępowania terapeutycznego.

**Słowa kluczowe:** rak piersi, olbrzymi guz, opieka paliatywna, obrzęk limfatyczny, owrzodzenie

## Содержание

Рак груди является наиболее частым злокачественным новообразованием наблюдаемым у женщин в Польше. Ежегодно в нашей стране отмечается более 11 тысяч новых заболеваний. Рак груди является также причиной самого большого количества смерти, вызываемой злокачественными новообразованиями у женщин. Цель работы состояла в том, чтобы с критическим рассмотрением развитых клинических картин рака груди и методов терапевтического поведения обратить внимание на сложность данного вопроса и наслаивание разнообразных лечебных и социальных факторов. Неоперабельный, локально развитый рак груди охватывает случаи, для которых характерны большие первичные опухоли, а также очень часто обширные метастазы в подмышечной яме. Гигантская опухоль груди, диаметр которой превышает 5 см, часто обширно инфильтрирует кожу, ткани находящиеся более глубоко, обычно опухоли сопутствует лимфатический отек. Появление клинически развитых – часто гигантских морфологически – видов рака груди в рассматриваемом материале Отделения Палиативной Заботы чаще всего имеет три источника: критическое развитие или рецидив заболевания, отказ от причинного лечения или его прекращение, а также критические упущения. Основным системным лечением в этой группе больных является агрессивная индукционная химиотерапия. В случае противопоказаний для проведения операции лечением на основании выбора является радикальная радиотерапия. Основной целью лечения в отделении палиативной заботы является прежде всего смягчение симптомов заболевания и улучшение качества жизни, что достигается путем медицинского и немедицинского поведения. Посредством психологической и душевной поддержки медицинский персонал стремится к тому, чтобы пациент достиг положительной оценки своего состояния. Существенное значение при этом имеет субъективный подход к пациенту, забота о сохранении его автономии, уважение его решения относительно дальнейшего терапевтического поведения.

**Ключевые слова:** рак груди, гигантская опухоль, палиативная забота, лимфатический отек, язва

## INTRODUCTION

**B**reast cancer is the most common malignancy in Polish women. Each year in our country over 11 000 new cases are registered<sup>(1,2)</sup>. Breast cancer is also the leading cause of cancer-related mortality among women<sup>(3,4)</sup>.

Inoperable, locally advanced breast cancer includes cases typically presenting with a large primary tumour and extensive metastases in the axillary fossa. Giant breast cancer, measuring over 5 cm in diameter, usually invades skin, deeplying tissues and is usually accompanied by lymphatic oedema<sup>(2,5,6)</sup>. Metastatic axillary lymph nodes are usually immobile and may form aggregates.

The basic therapeutic modality in this group of patients is aggressive induction chemotherapy. If surgery is contraindicated, the treatment of choice is palliative radiotherapy<sup>(7,9)</sup>.

## WSTĘP

**R**ak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym występującym u kobiet w Polsce. Każdego roku w naszym kraju rejestruje się ponad 11 000 nowych zachorowań<sup>(1,2)</sup>. Rak piersi jest także przyczyną największej liczby zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe u kobiet<sup>(3,4)</sup>.

Nieoperacyjny, miejscowo zaawansowany rak piersi obejmuje przypadki, dla których typowe są duży pierwotny guz oraz najczęściej rozległe przerzuty w dole pachowym. Olbrzymi guz piersi – o średnicy przekraczającej 5 cm – często nacieka rozległe skórę, tkanki położone głębiej, zazwyczaj towarzyszy mu obrzęk limfatyczny<sup>(2,5,6)</sup>. Przerzutowe węzły chłonne dołu pachowego są zwykle nieruchome i mogą tworzyć pakiety.

However, the principal goal of treatment is alleviation of symptoms and improvement of quality of life.

### ILLUSTRATIVE CASES

Since January 1<sup>st</sup>, 2001 thru December 31<sup>st</sup>, 2007, at the Palliative Care Unit of the Municipal Hospital No. 1 in Będzin, 160 women have been treated with the diagnosis of late-stage breast cancer. Their mean age was 62.4 years (range: 39-89). The patients were admitted based on medical referral letter, upon verification of their general condition by the referring doctor. On admission, a doctor examined all patients.

Out of this group, 8 women were selected, harbouring giant breast tumours. Their mean age was 71.3 years (range: 47-89). Analysis of medical material was done retrospectively, based on data extracted from medical documentation produced during their hospital stay.

**The first patient**, aged 84, has been admitted after disqualification from surgery. Locally, a large and irregular tumour of her left breast was found, with central ulceration oozing blood, 6 cm in diameter. Tumour infiltrated a large portion of her chest. Symptomatic treatment was instituted and the patient died on the 17<sup>th</sup> day of hospitalisation.

**The second patient**, aged 47, has been admitted two years after chemoradiotherapy. Due to tumour size and stage of the disease, she did not qualify for surgery by then. Locally, an open wound encompassing the entire right breast was found, with multiple tuberosus and oozing lesions in wound bed. The patient died on the 14<sup>th</sup> day of hospitalisation.

**The third patient**, aged 71, has been admitted one year after ineffective chemotherapy. Due to tumour size (30 cm in diameter), she did not qualify for surgery. On admission, an irregular tumour of over 30 cm in diameter was seen, with several blood-oozing ulcers, encompassing the entire breast. In spite of treatment implemented, the patient died after 3 days.

**The fourth patient**, aged 89, has been admitted 4 years after unsuccessful chemotherapy. Surgery was impractical due to the size of the lesion. On admission, a 35-cm-wide tumour was found, encompassing the entire right breast, bleeding, with irregular structure. Tumour infiltrate extended over large portion of the chest on ipsilateral side. The patient died on the 11<sup>th</sup> day of hospitalisation.

**The fifth patient**, aged 76, in spite of mastectomy performed a few months earlier and institution of radiotherapy, 6 months later underwent excision of a metastatic lesion in surgical scar. On admission we found again a 20-cm-large tumour in mid-portion of postoperative scar, surrounded by an extensive ulcer of chest wall. The overall length of her hospitalisation until an unfavourable outcome, was 55 days.

**The sixth patient**, aged 70, has been admitted with signs and symptoms of neoplastic dissemination in the form of pulmonary and hepatic metastases. One and a half year ago, she was diagnosed with a tumour of her left breast, but she refused treatment. Now, she presented with a decomposing,

Podstawowym leczeniem w tej grupie chorych jest agresywna chemioterapia indukcyjna. W przypadku przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego leczeniem z wyboru jest paliatywna radioterapia<sup>(7-9)</sup>. Zasadniczy cel leczenia to przede wszystkim łagodzenie objawów choroby oraz poprawa jakości życia.

### OPISY CHORYCH

Na Oddziale Opieki Paliatywnej Szpitala Miejskiego nr 1 w Będzinie w okresie od 1 stycznia 2001 do 31 grudnia 2007 roku leczonych było 160 kobiet z rozpoznaniem zaawansowanego raka piersi. Wiek chorych wahał się od 39 do 89 (średnia 62,4) lat. Chore były przyjmowane na Oddział na podstawie skierowania, po weryfikacji stanu ogólnego przez lekarza kierującego. Wszystkie chore były badane przez lekarza przy przyjęciu na Oddział.

W tej grupie wyodrębniono osiem kobiet z guzem nowotworowym olbrzymich rozmiarów. Wiek chorych wahał się w granicach od 47 do 89 (średnia 71,3) lat. Analizy materiału klinicznego dokonano retrospektywnie na podstawie danych uzyskanych z dokumentacji lekarskiej sporządzonej w trakcie leczenia szpitalnego.

**Pierwsza chora**, lat 84, została przyjęta po dyskwalifikacji chirurgicznej. Miejscowo widoczny duży i nieregularny guz obejmujący całą lewą pierś z broczącym krwią owrzodzeniem o średnicy 6 cm, umiejscowionym centralnie. Ponadto naciek nowotworowy obejmował znaczną część klatki piersiowej. Zastosowano leczenie objawowe, chora zmarła w 17. dniu hospitalizacji.

**Druga chora**, lat 47, została przyjęta po upływie dwóch lat od zastosowania chemioterapii i radioterapii. Z uwagi na wielkość guza i zaawansowanie procesu chorobowego nie zakwalifikowano jej wówczas do operacji. Miejscowo widoczna otwarta rana obejmująca całą prawą pierś. W jej dnie zlokalizowane były liczne guzowate i broczące krwią zmiany. Chora zmarła w 14. dobie hospitalizacji.

**Trzecia chora**, lat 71, została przyjęta po upływie roku od zastosowania chemioterapii bez regresji guza. W związku z wielkością zmiany – średnica 30 cm – wykluczono operację. Przy przyjęciu widoczny nieregularny guz o średnicy przekraczającej 30 cm, z licznymi krwawiącymi owrzodzeniami, obejmujący całą pierś. Pomimo podjętego leczenia chora zmarła po upływie niespełna 3 dni.

**Czwarta chora**, lat 89, została przyjęta po upływie czterech lat od zastosowania chemioterapii bez regresji guza. Zabieg operacyjny wykluczony z powodu wielkości zmiany nowotworowej. Przy przyjęciu widoczny guz o średnicy 35 cm, obejmujący całą prawą pierś, krwawiący, o nieregularnej strukturze. Naciek nowotworowy obejmował znaczną część klatki piersiowej po stronie zmiany. Chora zmarła w 11. dobie hospitalizacji.

**Piąta chora**, lat 76, pomimo wykonanej kilka miesięcy wcześniej amputacji prawej piersi i zastosowaniu radioterapii po upływie pół roku poddała się zabiegowi usunięcia zmiany przerzutowej w bliźnie pooperacyjnej. Przy przyjęciu na Oddział Opieki Paliatywnej w środkowej części blizny pooperacyjnej ponownie widoczny guz o średnicy 20 cm, otoczony rozległym owrzodzeniem ściany klatki piersiowej. Całkowity

oozing-prone tumour, measuring 30 cm in diameter. She died on the 30<sup>th</sup> day of hospitalisation.

**The seventh patient**, aged 65, has been admitted 2 years after completion of chemoradiotherapy. Surgery was impractical due to tumour size. On admission a tumour measuring 40 cm in diameter was found, encompassing the entire right breast. On top, there was an ulcer measuring 10 cm in diameter. The patient died on the 17<sup>th</sup> day of hospitalisation.

**The eighth patient**, aged 68, has been admitted in a severe overall condition. In spite of left mastectomy performed one year before, combined with radio- and chemotherapy, she presented with a 10-cm-wide necrotic tumour within the surgical scar, infiltrating the chest wall. Symptomatic treatment was instituted. The patient died after 3 weeks of stay.

On admission, all patients were in the state of severe neoplastic cachexia. On the side of the tumour, lymph nodes were significantly enlarged, forming aggregates; lymphatic oedema of upper extremity was also present.

## DISCUSSION

Improvement of quality of life of terminally ill patients – realized by multidirectional treatment and care – is the basic aim of palliative care<sup>(10-14)</sup>. Thanks to personalized and partner-like approach, preservation of autonomy, as well as psychological and spiritual support, we try to create a positive attitude of patients towards their condition. After the patient “gets used to” his/her disease, realistic goals are set, e.g. restoration of will to live, relief of anxiety, improvement of performance and self-perception<sup>(13,15-17)</sup>.

Therapeutic strategy in locally far-advanced breast cancer (IIIA, IIIB) without distant metastases consists in induction chemotherapy prior to radical mastectomy, adjuvant radiotherapy with irradiation of the chest wall, then maintenance chemotherapy and hormonal therapy<sup>(18-20)</sup>.

In the case of late-stage breast cancer with distant metastases, surgical treatment is essentially palliative. If surgery is contraindicated, the treatment of choice consists in palliative radiotherapy, aiming at inhibition of tumour growth and reduction of ailments caused by it. Most common indications for palliative radiotherapy include pain, bleeding, obstruction of bronchial or oesophageal lumen, compression of spinal cord and the so-called superior vena cava syndrome. Hormonal therapy in the treatment of late-stage breast cancer consists in inhibition of tumour cells by estrogens<sup>(21-23)</sup>. This modality is very beneficial in postmenopausal patients, with soft-tissue metastases and with bone metastases<sup>(24,25)</sup>.

A frequent phenomenon is extensive invasion of skin and soft tissues of the chest wall, as well presence of large lymph nodes, forming aggregates and coexisting lymphatic oedema of upper extremity, sometimes of giant proportions. Its management consists in regular lymphatic massage, administration of diuretics and low-molecular weight heparins and anti-inflammatory drugs in the case of concomitant inflammation. A significant problem, both somatic and psychosocial in those patients and their relatives, is neoplastic ulcer of the

czas pobytu chorej na Oddziale, aż do niepomyślnego zejścia, wyniósł 55 dni.

**Szósta chora**, lat 70, została przyjęta z objawami rozsiewu nowotworowego pod postacią przerzutów do płuc i wątroby. Półtora roku wcześniej rozpoznano u niej guz nowotworowy lewej piersi, lecz wówczas nie wyraziła zgody na proponowane leczenie. Obecnie widoczny rozpadający się, łatwo broczący krwią guz o średnicy 30 cm. Zgon nastąpił w 30. dobie pobytu.

**Siódma chora**, lat 65, została przyjęta po upływie dwóch lat od zastosowania chemioterapii i radioterapii. Leczenie operacyjne wykluczone z powodu wielkości guza. W dniu przyjęcia widoczny guz o średnicy ponad 40 cm, obejmujący całą prawą pierś. Na szczycie guza owrzodzenie o średnicy 10 cm. Chora zmarła w 17. dobie pobytu.

**Ósma chora**, lat 68, przyjęta na Oddział w stanie ogólnym ciężkim. Pomimo wykonanej przed rokiem amputacji lewej piersi, uzupełnionej chemio- i radioterapią, w bliźnie stwierdzono guz o średnicy przekraczającej 10 cm z cechami martwicy, naciekającej skórę klatki piersiowej. Podjęto leczenie objawowe. Chora zmarła po upływie niespełna 3 tygodni.

Wszystkie chore przy przyjęciu na Oddział były w stanie zaawansowanego, często krytycznego wyniszczenia nowotworowego. Po stronie guza węzły chłonne były znacznie powiększone, skupione w pakietach, ponadto występował obrzęk limfatyczny kończyny górnej.

## OMÓWIENIE

Poprawa jakości życia chorych w stanie terminalnym – realizowana przez wielokierunkowe leczenie i pielęgnację – jest naczelnym zadaniem opieki paliatywnej<sup>(10-14)</sup>. Poprzez podmiotowe traktowanie, dbałość o zachowanie autonomii oraz wsparcie psychologiczne i duchowe dąży się do uzyskania przez chorych pozytywnej oceny swojego stanu. Po osiągnięciu „przyzwyczajenia” do choroby stawiane są realne cele, takie jak przywrócenie woli życia, ograniczenie lęku, poprawa samopoczucia i sprawności<sup>(13,15-17)</sup>.

Postępowanie lecznicze w raku piersi o znacznym zaawansowaniu miejscowym (IIIA, IIIB), bez przerzutów odległych polega na zastosowaniu chemioterapii indukcyjnej jako metody poprzedzającej radykalną mastektomię. Jako uzupełnienie stosuje się radioterapię z napromieniowaniem ścian klatki piersiowej, następnie kolejno chemioterapię uzupełniającą i hormonoterapię<sup>(18-20)</sup>.

W zaawansowanym raku piersi z przerzutami odległymi leczenie chirurgiczne ma charakter jedynie paliatywny. W przypadku przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego leczeniem z wyboru pozostaje paliatywna radioterapia, mająca na celu zahamowanie wzrostu guza nowotworowego i ograniczenie wywoływanych przez niego dolegliwości. Najczęstszymi wskazaniami do radioterapii paliatywnej są bóle, krwawienia, obturacja światła oskrzeli lub przełyku, ucisk na okolicę rdzenia kręgowego, a także zespół żyły głównej górnej. Stosowanie hormonoterapii w leczeniu zaawansowanego raka piersi opiera się na blokującym oddziaływaniu estrogenów na komórki rakowe<sup>(21-23)</sup>. Zastosowanie tej metody daje duże korzyści u chorych po menopauzie, z obecnością

skin. It is associated not only with unsightly appearance, local inflammation, necrosis of tissue, oozing or bleeding, but also with severe pain and unpleasant smell, which require isolation of the patients.

Treatment consists in administration of analgetics, antihemorrhagic and vasoconstricting agents. Not infrequently, the wound requires surgical debridement, coagulation of bleeding vessels and application of modern absorbing dressings. Selected patients may benefit from telerradiotherapy, chemotherapy and hormonal therapy, but all of them require psychological support<sup>(25-27)</sup>.

Treatment of breast cancer patients in the phase of tumour dissemination is by definition combined and depends on location of the metastases, dynamics of tumour growth, density of hormonal receptors in tumour cells, patient's general condition, coexisting diseases and previous therapies<sup>(22,24,28-30)</sup>.

The aim of this paper, apart of presentation of terminal cases of breast cancer and methods of their management, is to highlight the complexity of this problem due to overlapping of several somatic and social factors. They result in a disadaptation syndrome, being the patient's response to loss of accepted values, familial and social position, loss of autonomy, pain and suffering, but also bureaucratic obstacles.

The authors are fully aware of state-of-the-art achievements in the field of basic research on breast cancer aetiology and modern therapeutic options<sup>(31-33)</sup>. They confront them with often prosaic problems of basic medical and social care, resorting to procedures encompassed by the notion of non-conventional medicine, up to – entirely justified by individual's autonomy – refusal to undergo treatment<sup>(34,35)</sup>. Occurrence of clinically far-advanced, frequently morphologically giant forms of breast cancer in the material of our Palliative Care Unit, has three most frequent causes: dynamic progression or recurrence of the disease, refusal or discontinuation of treatment and extreme neglect.

#### BIBLIOGRAPHY:

##### PISMIENICTWO:

1. Wronkowski Z., Chmielarczyk W., Zwierko M.: Rak piersi – zagrożenie populacji polskiej. *Służba Zdrowia – Klinika* 2000; 24-26: 3-5.
2. Kryj M.: Wpływ czynników rokowniczych na niepowodzenia po radykalnym leczeniu chorych na raka piersi. *Wiad. Lek.* 2002; 55: 382-393.
3. Zemła B.F., Banasik T.R., Tomaka A. i wsp.: Epidemiologia nowotworów złośliwych piersi w populacji śląskich kobiet. *Zakład Epidemiologii Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, Gliwice* 2003: 1-18.
4. Braun S.: The history of breast cancer advocacy. *Breast J.* 2003; 9 (supl. 2): 101-103.
5. Pieńkowski T., Jagiełło-Gruszfeld A.: Rak piersi. *Nowa Med.* 2001; 113: 13-17.
6. Wronkowski Z., Zwierko M.: Rak piersi: Informacje praktyczne – wywiad diagnostyka, klasyfikacja zmian. *Służba Zdrowia – Klinika* 2000; 24-26: 20-24.

przerzutów do tkanek miękkich, a także przy przerzutach do kości<sup>(24,25)</sup>.

Częstym zjawiskiem jest rozległe naciekanie skóry i tkanek miękkich zlatki piersiowej, podobnie jak obecność dużych, skupionych w pakiety węzłów chłonnych i dopełniający obrazu – nierzadko monsturalny – obrzęk limfatyczny kończyny górnej. Jego leczenie sprowadza się do regularnego masażu limfatycznego, podawania leków moczopędnych oraz w stanach zapalnych – heparyn drobnocząsteczkowych i leków przeciwzapalnych.

Istotnym problemem zarówno somatycznym, jak i psychospołecznym dla chorych, ich najbliższych i otoczenia jest owrozdzenie nowotworowe skóry. Wiąże się nie tylko z nieestetycznym wyglądem, miejscowym stanem zapalnym, martwicą tkanek, wysiękiem lub krwawieniem, ale także z silnymi dolegliwościami bólowymi i nieprzyjemnym zapachem, co zmusza do odizolowania pacjentek.

W leczeniu stosuje się leki przeciwbólowe, przeciwkrwotoczne oraz obkurczające naczynia krwionośne. Nierzadko rana wymaga chirurgicznego opracowania, koagulacji miejsc krwawiących, a także zabezpieczenia nowoczesnym opatrunkiem adsorpcyjnym. U wybranych chorych zastosowanie znajdują telerradioterapia, chemioterapia i hormonoterapia, natomiast w wszystkich wskazana jest pomoc psychologiczna<sup>(25-27)</sup>.

Leczenie chorych na raka piersi w stadium rozsiewu nowotworowego ma charakter skojarzony i uzależnione jest od lokalizacji przerzutów, dynamiki wzrostu nowotworu, zawartości receptorów hormonalnych w komórkach raka, stanu ogólnego chorej, a także chorób współistniejących i wcześniej stosowanego leczenia<sup>(22,24,28-30)</sup>.

Celem pracy – oprócz przedstawienia krytycznie zaawansowanych obrazów klinicznych raka piersi i metod postępowania leczniczego – jest zwrócenie uwagi na złożoność problemu i nakładanie się różnorodnych czynników zdrowotnych i społecznych. Leżą one u źródła zespołu dezadaptacyjnego, stanowiącego reakcję na utratę szanowanych wartości, pozycji rodzinnej i społecznej, niezdolność do samodzielnej egzystencji, ból i cierpienie, a nawet przeszkody biurokratyczne.

Autorzy pozostają świadomi najnowszych osiągnięć nauki w zakresie poznania podłoża raka piersi i nowatorskich prób leczenia<sup>(31-33)</sup>. Jednocześnie przeciwstawiają je prozaicznym niekiedy problemom podstawowej opieki zdrowotnej i społecznej, poddawaniu się zabiegom medycyny niekonwencjonalnej aż po – uzasadnioną autonomią jednostki – odmowę leczenia<sup>(34,35)</sup>. Występowanie zaawansowanych klinicznie – często olbrzymich morfologicznie – postaci raka piersi w analizowanym materiale Oddziału Opieki Paliatywnej ma najczęściej trzy źródła: krytyczny rozwój lub nawrót choroby, odmowę leczenia lub jego zaniechanie oraz krytyczne zaniedbania.

7. Krzakowski M., Siedlecki P. (red.): Standardy leczenia systemowego nowotworów złośliwych u dorosłych w Polsce. *Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Warszawa* 1999: 11-27.
8. Plużańska A., Potemski P.: Chemioterapia w raku piersi. *Onkol. Pol.* 2002; 5: 37-44.

9. Gałecki J., Bujko K., Niwińska A. i wsp.: Pooperacyjna radioterapia w skróconym czasie u chorych na raka piersi. *Nowotwory* 2004; 54: 148-154.
10. Jarosz J.: Opieka paliatywna w onkologii. *Pol. Med. Paliat.* 2005; 4: 137-143.
11. Łuczak J., Kujawska-Tenner J.: Medycyna paliatywna. *Gazeta Lek.* 1998; 5: 11-16.
12. Hancock B.W., Ahmedzai S., Clark D.: Palliative care of patients with terminal cancer. *Curr. Opin. Oncol.* 1993; 5: 655-660.
13. Porzsolt F., Tannock I.: Goals of palliative cancer therapy. *J. Clin. Oncol.* 1993; 11: 378-381.
14. Northouse L.L., Mood D., Kershaw T. i wsp.: Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *J. Clin. Oncol.* 2002; 20: 4050-4064.
15. de Walden-Gałuszko K.: Ocena jakości życia w onkologii. *Nowotwory* 1994; 44 (supl. 2): 92-97.
16. de Walden-Gałuszko K., Majkovicz M., Trzebiatowska I.: Psychiczne predyktory czasu przeżycia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1999; 4: 29-34.
17. Detmar S.B., Muller M.J., Wever L.D. i wsp.: Patient-physician communication during outpatient palliative treatment visits: an observational study. *JAMA* 2001; 285: 1351-1357.
18. Pikiel J., Karnicka-Młodkowska H., Piwowar A. i wsp.: Cisplatyna w skojarzeniu z winorelbina u chorych na zaawansowanego raka piersi po wyczerpaniu możliwości leczenia hormonalnego i antracyklinami. *Onkol. Pol.* 2002; 5: 93-96.
19. Krasieńska L., Jassem J.: Rola taksonów w leczeniu zaawansowanego raka piersi. *Nowotwory* 2003; 53: 176-184.
20. Kornblith A.B., Herndon J.E. 2nd, Weiss R.B. i wsp.: Long term adjustment of survivors of early stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer* 2003; 98: 679-689.
21. Jassem J., Krasieńska L.: Znaczenie rokownicze i predyktoryjne HER2 w raku piersi. *Współcz. Onkol.* 2002; 6: 279-287.
22. Pawlicki M., Rolski J.: Miejsce hormonoterapii w leczeniu raka piersi z uwzględnieniem roli letrozolu (Femara®). *Współcz. Onkol.* 2002; 6: 91-97.
23. Okopień B., Krysiak R., Herman Z.S.: Selektynne modulatory receptora estrogenowego. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2002; 57: 75-83.
24. Piekarski J., Jakubik J., Jezierski A., Kubasiewicz M.: Obustronny jednoczasowy rak piersi – problemy diagnostyczne – opis przypadku. *Onkol. Pol.* 2001; 4: 39-43.
25. Leppert W., Łuczak J.: Postępowanie paliatywne w nowotworach gruczołu piersiowego i narządu rodnego. *Ginekol. Prakt.* 1999; 7: 30-40.
26. Leonard R., Hardy J., van Tienhoven G. i wsp.: Randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial of 6% miltefosine solution, a topical chemotherapy in cutaneous metastases from breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 2001; 19: 4150-4159.
27. Petkow L., Górkiewicz-Petkow A.: Nowoczesne opatrunki w leczeniu przewlekłych ran i owrzodzeń. *Medipress Med. Update* 2000; (4): 33-39.
28. Bottomley A., Biganzoli L., Cufer T. i wsp.: Randomized, controlled trial investigating short-term health-related quality of life with doxorubicin and paclitaxel versus doxorubicin and cyclophosphamide as first-line chemotherapy in patients with metastatic breast cancer: European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer Group, Investigational Drug Branch for Breast Cancer and the New Drug Development Group Study. *J. Clin. Oncol.* 2004; 22: 2576-2586.
29. Ganz P.A., Greendale G.A., Petersen L. i wsp.: Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J. Clin. Oncol.* 2003; 21: 4184-4193.
30. Morita T., Fujimoto K., Namba M. i wsp.: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical project. *Support Care Cancer* 2008; 16: 101-107.
31. Negrini M., Calin G.A.: Breast cancer metastasis: a micro-RNA story. *Breast Cancer Res.* 2008; 10: 203-207.
32. Surmacz E.: Obesity hormone leptin: a new target in breast cancer? *Breast Cancer Res.* 2007; 9: 301.
33. Feng Y.H., Wang Y.W., Yeung S.C.: Current concepts of pain management for cancer patients. *Oncol. Rev.* 2008; 2: 154-163.
34. Lewandowski B., Brodowski R.: Rak podstawnomórkowy skóry twarzy u 51-letniego mężczyzny. Nieprawdopodobny przypadek zaniedbania i zaawansowania. *Mag. Stomat.* 2001; 12: 8-9.
35. Buczkowski K., Adamczyk A.: Przebieg guza skóry u pacjenta niewyrażającego zgody na leczenie chirurgiczne. *Pol. Med. Paliat.* 2004; 3: 75-78.

*Ciąg dalszy piśmiennictwa do pracy Tatiany Pietrzyńskiej i wsp. pt. „Opieka paliatywna w zaawansowanym raku piersi” ze strony 123.*

47. Petkow L., Górkiewicz-Petkow A.: Nowoczesne opatrunki w leczeniu przewlekłych ran i owrzodzeń. *Medipress Med. Update* 2000; 4: 33-39.
48. Stanisławek A., Kurylcio L., Janikiewicz A.: Arm lymphoedema after surgical treatment for the cancer of the breast. *Ann. Univ. Mariae Curie Skłodowska Med.* 2000; 55: 155-160.
49. Beaulac S.M., McNair L.A., Scott T.E. i wsp.: Lymphedema and quality of life in survivors of early stage breast cancer. *Arch. Surg.* 2002; 137: 1253-1257.
50. de Walden-Gałuszko K.: Zespół depresyjny u chorych w stanie terminalnym. *Pol. Med. Paliat.* 2003; 2: 87-91.
51. Albert U.S., Koller M., Wagner U. i wsp.: Survival chances and psychological aspects of quality of life in patients with localized early stage breast cancer. *Inflamm. Res.* 2004; 53 (supl. 2): 136-141.
52. Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A. i wsp.: Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.* 2004; 10: 223-231.
53. de Walden-Gałuszko K., Majkovicz M.: Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. *Zakład Medycyny Paliatywnej, AM, Gdańsk* 2003: 14-20.
54. Ganz P.A., Guadagnoli E., Landrum M.B. i wsp.: Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 month after diagnosis. *J. Clin. Oncol.* 2003; 21: 4027-4033.
55. Butler L., Koopman P., Cordova M.J. i wsp.: Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients. *Psychosom. Med.* 2003; 65: 416-426.