

STUDY CASE

Syncope in a patient with ENT cancer and palliative care needs - challenge or not?

Monica Moarcăș^{1,2}, Eugen Florin Bleotu^{2,3}, Maria-Mirabela Mihăilescu-Marin^{1,2}

¹Universitatea Transilvania Brașov, România

²Fundația HOSPICE Casa Speranței, Brașov, România

³Spitalul de Psihiatrie și Neurologie Brașov, România

Received: 02.10.2023 • Accepted for publication: 20.10.2023

Abstract

Carcinomas of the head and neck area are among the top 6 cancers in global frequency. Syncope is a rare symptom in these patients, but with an important impact on quality of life.

The purpose of this article is to present the case of a patient with cancer of the left piriform sinus requiring palliative care who developed in the advanced stage syncope which were difficult to manage therapeutically.

Material and method: The medical file of the patient, a beneficiary of the services of the Hospice Casa Speranței Brașov Foundation, was analyzed and the evolution under the symptom control plan introduced during admissions was followed.

Case presentation: We present the case of a 57-year-old male patient with operated, radiotreated, recurrent left piriform sinus carcinoma, with secondary lymph node lesions who developed polymorphic syncope. At first, they were controlled non-pharmacologically. In evolution, they were associated with painful episodes, therefore dexamethasone was replaced with methylprednisolone alongside the opioid treatment. There was also an increased frequency of syncope associated with primary generalized tonic-clonic seizures requiring anticonvulsant therapy.

The patient's autonomy was reduced and the phenomena of orthostatic hypotension increased, requiring the addition of Fludrocortisone according to international guidelines.

Discussions: Syncope secondary to carotid sinus syndrome was due to orthostatic hypotension and neurally mediated reflex mechanism. On this basis, non-pharmacological methods have been associated with anti-inflammatory and mineralocorticoid drug treatment.

Conclusions: Although a rare symptom in palliative care, syncope in patients with ENT cancers greatly affects their quality of life and therapeutic management is a challenge for professionals and patients' families.

Rezumat

Carcinoamele din zona capului și a gâtului se numără printre primele 6 tipuri de cancer în ceea ce privește frecvența globală. Sincopa este un simptom rar la acești pacienți, dar cu un impact important asupra calității vieții.

Scopul acestui articol este de a prezenta cazul unui pacient cu cancer al sinusului piriform stâng care necesită îngrijiri paliative și care a dezvoltat în stadiul avansat sincopă dificil de gestionat terapeutic.

Material și metodă: S-a analizat dosarul medical al pacientului, beneficiar al serviciilor Fundației Hospice Casa Speranței Brașov și s-a urmărit evoluția sub planul de control simptome introdus în cursul internărilor.

Prezentare de caz: Se prezintă cazul unui pacient de 57 ani cu carcinom de sinus piriform stâng operat, radiotratat, recidivat, cu determinări secundare ganglionare care a dezvoltat episoade sincopă polimorfe. La început, acestea au fost controlate nonfarmacologic. În evoluție, s-au asociat cu pusee dureroase, motic pentru care s-a substituit dexametazona cu metilprednisolon alături de tratamentul opioid. De asemenea, a crescut frecvența sincopelor care au asociat mișcări tonico-clonice primar generalizate, necesitând terapie anticonvulsivantă.

Autonomia pacientului s-a redus și s-au accentuat fenomenele de hipotensiune ortostatică, pentru care s-a adăugat Fludrocortizon conform ghidurilor de specialitate.

Discuții: Sincopele secundare sindromului de sinus carotidian aveau la bază fenomene de hipotensiune ortostatică și mecanism reflex mediat neural. De aceea, s-au asociat metode nonfarmacologice cu tratamentul medicamentos antiinflamator și mineralocorticoid.

Concluzii: Deși un simptom rar în îngrijiri paliative, sincopelă la pacienții cu cancer din sfera ORL afectează major calitatea vieții acestora și management-ul terapeutic reprezintă o provocare pentru profesioniști și familiile pacienților.

Introduction

Head and neck cancers are the sixth leading cause of cancer worldwide. From a histological point of view, they develop from

the epithelium of the upper aerodigestive tract. The incidence of these types of cancers is expected to increase over the next

20 years. About 60% of all the head and neck cancers occur in developing countries. [1, 2]

The 5-year survival rate remains between 40 and 65%, these low rates being due to the presentation in advanced stages of the disease and also to the associated comorbidities. [1] The palliative care needs of patients with these types of advanced-stage tumors are complex due to the impact of the disease on swallowing, eating, breathing, and body image. [1]

The syncope is part of the broader category of transient episodes of loss of consciousness. Loss of consciousness can occur in the context of a craniocerebral trauma or as a non-traumatic event. Syncope falls into the second group. Loss of consciousness episodes are characterized by amnesia of the period of unconsciousness, motor control abnormalities, loss of responsiveness, and short duration.

The syncope is defined as a transient episode of loss of consciousness due to cerebral hypoperfusion characterized by short duration, spontaneous full recovery of consciousness, and sudden onset. [3] Although the causes of syncope can be multiple, their incidence in head and neck cancer patients is rare. [4] Advanced head and neck cancer may be associated with syncope. One of the causes of syncope in these cases is carotid sinus syndrome.[5]

The purpose of this article is to present the case of a patient with advanced stage left piriform sinus carcinoma who developed syncopal episodes associated with right submandibular pain due to tumor compression on local nervous and vascular structures as well as the therapeutic challenges posed by the control of complex symptoms.

Material and methods

The patient presented as follows benefited from palliative care at home and during the admission in the Adults Inpatient Unit when the symptoms could not be controlled in the outpatient setting, both services being offered by Hospice Casa Sperantei Brasov Foundation. Upon registering in the foundation's records, the patient's informed consent for treatment and participation in the educational and scientific research process was obtained. For this case presentation, there were analyzed the patient's medical file including the trajectory of the disease, the investigations carried out and the treatments followed, as well as the clinical evolution of the patient within the palliative care continuum and the clinical and paraclinical data obtained during the hospitalization in the Adults Inpatient Unit.

Case presentation

We present the case of a 57-year-old male patient known with left pyriform sinus carcinoma admitted to the Adults Inpatient Unit of the Hospice Casa Sperantei Brasov Hospice Foundation between 07/19/2023 and 08/08/2023 for symptom control.

The patient was diagnosed in 2011 with the oncological condition, for which left supraglottic hemilaryngectomy, along with left tonsillectomy and left laterocervical lymphadenectomy and subsequent radiotherapy were performed. The evolution of the oncological disease was stationary for about 11 years, this time interval being marked only by the appearance of an anterior cervical fistula that required surgical correction in 2013.

In November 2022, the patient developed right laterocervical lymphadenopathy, dysphagia for liquids and progressively worsening dysphonia followed by odynophagia. The ENT clinical examination revealed right tonsillar hypertrophy, without the detection of tumors at this site, but with sensitivity

to palpation, hypomobile right hemilarynx during breathing and phonation. The elements raised the suspicion of tumor recurrence in the right piriform sinus, and a biopsy of the laterocervical adenopathies, of the right tonsil and of the right piriform sinus was advised. Soft-tissue ultrasound scan was performed which revealed multiple adenopathies suggestive of malignancy with reduced cortico-subcortical differentiation and poor, disorganized vessels. A chest CT exam was also performed, with no evidence of secondary lung tumors.

In February 2023, the paraclinical assessment was updated with PET-CT, which revealed a metabolically active right tonsillar tumoral mass that includes the right jugulo-carotid vascular bundle and is not clearly demarcated from the right submandibular gland and numerous metabolically active secondary lymph nodes (right laterocervical, left jugulo-carotid, posterior cervical, supraclavicular and bilateral infraclavicular adenopathies).

In March 2023, in the ENT service, biopsies were performed from several levels. Histopathological examination revealed poorly differentiated squamous cell carcinoma in the left hypopharynx. In 05.2023, the patient developed the first bouts of loss of consciousness with a syncopal appearance, right submandibular pain that led to admission to the Internal Medicine Department, where the paraclinical assessment was completed with CT of the neck region with contrast material, which highlights an inhomogeneous and absorbing tumor formation of contrast projected onto the arytenoid cartilages, with extension to the left arytenoepiglottic fold, necrotic right submandibular adenopathy, and a right lower cervical adenopathic block involving emerging branches from the vertebral artery.

Due to the worsening of swallowing disorders and the establishment of cachexia, in 07.2023, a gastrostomy was fitted under general anesthesia, with subsequent good tolerability.

The patient was admitted to the Adult Inpatient Unit of the Hospice Casa Sperantei Brașov Foundation on 07/19/2023 for the control of symptoms represented by poor nutritional status, cachexia due to a weight loss of approximately 20 kg in the last 2 months, syncopal episodes in the context of orthostatic hypotension, chronic mixed pain in the right submandibular region, with auricular and facial irradiation, due to the invasion of local structures by secondary ganglionic lesions, having a constrictive and pulsating character, of medium-high intensity, with average scores of 6/10 on the NRS scale, respectively maximum scores of 10/10, improved by major opioid, xerostomia, oral candidiasis.

In the patient's history, of note there are the occupational exposure to radioactive substances and chronic smoking, with recent withdrawal, approximately 6 months ago.

The clinical exam on admission revealed the following: average general condition, ECOG score 3, PPS index=30-40%, asthenia, cachexia, pale skin and mucosae, with erythema and cyanosis of the right hemiface, right submandibular hard tumor, which was immobile on the overlying and underlying planes, sensitive spontaneously and to palpation, xerostomia, oral candidiasis, viscous secretions in the oropharynx, oropharyngeal and right peritonsillar edema, odynophagia, mixed dysphagia, predominantly for liquids, dysphonia, poorly represented adipose connective tissue, hypotonic muscular system, decrease in the volume of muscle mass in all limbs and trunk, hypokinetic osteoarticular system, bilaterally diminished vesical murmur, bilaterally diminished pulmonary sonority, SaO₂=93%, regular, well-beating heart

sounds, synchronous with the pulse, weakly pulsating peripheral arteries, BP=90/60 mm Hg, HR=63/min, excavated painless abdomen, no palpable abdominal masses, functional gastrostomy, erythema of the peristomal skin, physiological micturitions, negative Giordano maneuver bilaterally, no focal neurological signs, oriented in time and space.

On admission, the lab tests showed mild macrocytic anemia, neutrophilia, mild hepatocytolysis and prerenal blood urea nitrogen retention, respectively proteinuria in a reduced amount.

During hospitalization, the patient presented episodes of syncope in the context of orthostatic hypotension, with decreases in systolic blood pressure values of 20 mm Hg (BP in supine position 90/60 mm Hg, and in orthostatic position 70/50 mm Hg). In evolution, tonico-clonic seizures appeared during the syncopes.

The treatment was multidisciplinary, targeting the four dimensions of suffering.

Pain control was achieved by continuous subcutaneous administration of 110 mg of morphine sulfate; titration was performed at 24 hours according to the number of doses requested for painful episodes.

The management of syncope was non-pharmacological by using compression stockings, adopting a prone position with the lower limbs at 30-45 degrees compared to the trunk and head in case of dizziness, visual disturbances associated with painful episodes, and also pharmacological. Medical treatment with anti-inflammatory steroids was administered – initially Dexamethasone in decreasing doses, later Methylprednisolone in an equivalent dosage. Anticonvulsant treatment with Levetiracetam 1000 mg/day was associated with the control of tonic-clonic seizures.

The anxious mood was improved by anxiolytic treatment with Midazolam 5 mg/day in continuous subcutaneous infusion during hospitalization, later with Lorazepam 1 mg/day at home. The patient was discharged with controlled symptoms, being taken over by the palliative care team at home.

In evolution, the patient's condition worsened, with an increase in the frequency of syncopal episodes and a reduction in autonomy and the ability to actively mobilize due to orthostatic hypotension. Thus, the patient required readmission to the Adults Inpatient Unit for symptom control between 10/03/2023 and 10/19/2023. From a clinical point of view, the patient was in ECOG stage 4, bed ridden, cachectic, with a stationary adenopathic submandibular tumor, rhythmic heart sounds, with low BP values, vesicular murmur present bilaterally, physiological micturitions. Due to the worsening of the orthostatic hypotension phenomena secondary to the carotid sinus syndrome, including when moving from the lying position to the sitting position, it was necessary to re-evaluate the therapeutic scheme. It was opted for the combination of Fludrocortisone 0.1 mg in an increasing dose, with a maintenance dose of 0.2 mg per day. The increase in systolic blood pressure values in clinostatism was achieved to 100-120 mm Hg, with the possibility of maintaining of the decubitus position at 45-60 degrees without signs of orthostatic hypotension.

Discussions

According to the 2018 European Society of Cardiology Syncope Guideline, syncope can be divided into three categories: reflex or neurally mediated (vaso-vagal, carotid sinus syndrome); secondary to orthostatic hypotension

(volemic depletion, primary or secondary autonomic dysfunction, respectively drug-induced) and of cardiac origin (arrhythmias, structural heart diseases). [3]

The appearance of the presented patient's syncopal episodes varied; initially, the episodes were triggered by incidental maneuvers such as oral cavity hygiene, by a sudden transition from clinostatism to orthostatism; in evolution, the syncopes were associated with painful submandibular pains occurring against the background of local compression while maintaining the right lateral decubitus. Syncope was responsive to fluid and electrolyte replacement, non-pharmacological maneuvers such as prone position of the lower limbs at 45 degrees relative to the trunk and head level.

Subsequently, the syncopes occurred secondary to Valsalva maneuvers (micturition, defecation, deep inspire) and associated primary generalized tonic-clonic seizures and sphincter relaxation, requiring the administration of anticonvulsant therapy. Syncopal episodes were accompanied by increased anxiety, including panic attacks, requiring anxiolytic and respiratory control methods. Thus, in the case of our patient, the syncopes were neurally mediated (reflexes), respectively through orthostatic hypotension, due to the carotid sinus syndrome caused by the inclusion of the carotid baroreceptors and the glossopharyngeal nerve by the submandibular adenopathies. The carotid baroreceptors are located around the internal carotid artery, close to the bifurcation of the common carotid artery and are innervated by the Hering nerve, a branch of the glossopharyngeal nerve. After entering the scalp, the IX nerve synapses with the nucleus of the solitary tract which has a role in modulating autonomic function in the medulla. [6]

Carotid sinus syndrome can be of several types: vasodepressor, cardioinhibitory or mixed [5], in the case of our patient being the latter.

In the holistic assessment of the patient, psychoemotional suffering characterized by a depressed mood due to the loss of roles within the family and autonomy, requiring assistance to carry out daily activities and having an important limitation of mobility, respectively by anxiety regarding the evolution of the disease and symptoms, was also identified. From a social point of view, the wife was the main caregiver and represented a support both in everyday, medical and psychological aspects for the patient. Also, the daughter and her family were important pillars of the patient's social network. Looking at the spiritual dimension, the patient mentioned that he feels spiritually reconciled and that he also finds support in his faith in God, being an Orthodox.

According to the Guidelines of the European Society of Cardiology, non-pharmacological methods aimed at education and lifestyle modification are indicated, respectively drug treatment – for the phenotype that includes hypotension, fludrocortisone and midodrine are recommended for the management of syncope. Fludrocortisone acts by increasing renal sodium reabsorption, having a more important mineralocorticoid effect compared to dexamethasone and methylprednisolone. [3] Thus, the association of methylprednisolone and fludrocortisone, along with non-pharmacological methods, led to the improvement of the impact of syncope on the quality of life of the patient presented. In advanced stages of oncological disease, there is no standardized treatment of syncope. Benefits were obtained in selected cases, in patients with satisfactory functional status, applying palliative chemotherapy or radiotherapy with the

decrease of the tumor volume, respectively of the compression on the carotid sinus. [7, 8]

Conclusions

Syncope represents a therapeutic challenge regardless of the etiology or the service in which the patient is admitted. No treatment has been identified that significantly alters the burden of syncope in patients with advanced head and neck cancer requiring palliative care.

The patient with syncope in an oncological context benefit from non-pharmacological measures associated with drug treatment, which are easy to implement both by the patient and the relatives.

Rezumat

Carcinoamele din zona capului și gâtului se situează printre primele 6 cancere ca frecvență global. Sincopa este un simptom rar la acești pacienți, dar cu impact important pe calitatea vieții.

Scopul acestui articol este prezentarea cazului unui pacient cu cancer de sinus piriform stâng și nevoie de îngrijiri paliative care în stadiul avansat a dezvoltat sincopă greu de gestionat terapeutic.

Este sincopa la un pacient cu cancer în sferă ORL și nevoi de îngrijiri paliative o provocare?

Introducere

Carcinoamele din sfera capului și gâtului reprezintă la nivel global a șasea cauză de cancer. Din punct de vedere histologic, acestea se dezvoltă din epitelul tractului aerodigestiv superior. Se așteaptă o creștere a incidenței acestui tip de cancer în următorii 20 ani. Aproximativ 60% din toate cazurile de cancer al capului și gâtului se întâlnesc în țări în curs de dezvoltare. [1, 2]

Rata de supraviețuire la 5 ani rămâne între 40 și 65%, aceste rate scăzute datorându-se prezentării în stadii avansate ale bolii, respectiv a comorbidităților asociate. [1]

Nevoile de îngrijiri paliative ale pacienților cu astfel de tipuri de tumori în stadiu avansat sunt complexe datorită impactului boli asupra deglutiției, alimentației, respirației și afectării imaginii corporale. [1]

Sincopa face parte din categoria mai largă a crizelor tranzitorii de pierdere a stării de conștiență. Pierderea stării de conștiență poate surveni în contextul unui traumatism craniocerebral sau non traumatic. Sincopa se încadrează în cel de-al doilea grup. Crizele de pierdere a stării de conștiență se caracterizează prin amnezia perioadei de inconștiență, anomalii ale controlului motor, pierderea responsivității și durată scurtă.

Sincopa este definită ca un episod tranzitoriu de pierdere a conștienței datorită hipoperfuziei cerebrale caracterizat prin durată redusă, revenire completă spontană a stării de conștiență și debut brusc. [3]

Deși, cauzele sincopelor pot fi multiple, incidența lor la pacienții cu cancer din sfera capului și gâtului este rară. [4] Cazurile de cancer avansat în zona capului și gâtului se pot asocia cu sincopă. Una dintre cauzele sincopelor în aceste cazuri este reprezentată de sindromul de sinus carotidian.[5]

Scopul articolului de față este prezentarea cazului unui pacient cu carcinom de sinus piriform stâng în stadiu avansat care a dezvoltat în evoluția bolii episoade sincopale asociate

cu pusee dureroase submandibulare drepte prin compresie tumorală pe structuri nervoase și vasculare locale precum și provocările terapeutice asociate controlului simptomatologiei complexe.

Material și metode

Pacientul prezentat în cele ce urmează a beneficiat de îngrijiri paliative la domiciliu și de internări în Unitatea cu paturi adulți când simptomele nu au putut fi controlate în ambulator, ambele servicii fiind oferite de Fundația Hospice Casa Speranței Brașov. La admisia în evidența fundației, s-a obținut consimțământul informat al pacientului pentru tratament și participarea în procesul educativ și de cercetare științifică.

Pentru această prezentare de caz, au fost analizate dosarul medical al pacientului incluzând traiectoria bolii, investigațiile efectuate și tratamentele urmate, respectiv evoluția clinică a pacientului în cadrul continuumului de îngrijire paliativă și datele clinice și paraclinice obținute în cadrul internării în Unitatea cu paturi adulți.

Prezentare de caz

Se prezintă cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă de 57 ani cunoscut cu carcinom de sinus piriform stâng internat în Unitatea cu paturi adulți a Fundației Hospice Casa Speranței Brașov între 19.07.2023 și 08.08.2023 pentru controlul simptomelor.

Pacientul a fost diagnosticat în 2011 cu afecțiunea oncologică, pentru care s-au practicat hemilaringectomie stângă, supraglotică cu amigdalectomie stângă și limfadenectomie laterocervicală stângă și radioterapie. Evoluția bolii oncologice a fost staționară pentru aproximativ 11 ani, acest interval de timp fiind marcat doar de apariția unei fistule cervicale anterioare care a necesitat corecție chirurgicală în 2013.

În 11.2022, pacientul a dezvoltat adenopatii laterocervicale drepte, disfagie pentru lichide și disfonie cu agravare progresivă și asociere de odinofagie. Examenul clinic ORL a evidențiat hipertrofie amigdaliană dreaptă, fără decelarea de formațiuni tumorale la acest nivel, dar cu sensibilitate la palpare, hemilaringe drept hipomobil în respirație și fonație. Elementele au ridicat suspiciunea de recidivă tumorală la nivelul sinusului piriform drept, cu indicație de efectuare biopsie a adenopatiilor laterocervicale, amigdalei drepte și sinusului piriform drept. S-a efectuat ecografie de părți moi care a relevat adenopatii multiple sugestive pentru malignitate, cu diferențiere cortico-subcorticală redusă și vascularizație slabă, dezordonată. A fost efectuat și examen CT torace, fără evidențiere de determinări secundare la nivel pulmonar. În 02.2023, a fost completat bilanțul paraclinic cu PET-CT, care a relevat formațiune tumorală cu punct de plecare posibil amigdalian drept activă metabolic care înglobează pachetul vascular jugulo-carotidian drept și nu se delimitează net de glanda submandibulară dreaptă și numeroase determinări secundare ganglionare active metabolic (laterocervical drept, jugulo-carotidian stâng, cervicale posterioare, respectiv supraclaviculare și infraclaviculare bilaterale). În 03.2023, în serviciu ORL, s-au practicat biopsii de la mai multe niveluri. Examenul histopatologic a evidențiat carcinom scuamocelular slab diferențiat la nivelul hipofaringelui stâng. În 05.2023, pacientul a dezvoltat primele crize de pierdere a conștienței de aspect sincopal, dureri submandibulare drepte care au determinat internare pe Secția clinică Interne, unde s-a completat bilanțul paraclinic cu CT regiune a gâtului cu substanță de contrast, care evidențiază formațiune tumorală neomogenă și captantă de contrast proiectată pe cartilajele

aritenoid, cu extensie spre pliul ariteno-epiglotic stâng, adenopatie submandibulară dreaptă necrozată și un bloc adenopatic cervical inferior drept care înglobează ramuri emergente din artera vertebrală.

Datorită agravării tulburărilor de deglutiție și a instalării cașexiei, în 07.2023, s-a montat gastrostomă în anestezie generală, cu ulterioară tolerabilitate bună.

Pacientul s-a internat în Unitatea cu paturi Adulți a Fundației Hospice Casa Speranței Brașov pe 19.07.2023 pentru controlul simptomelor reprezentate de status nutrițional precar, cașexie datorate unei scăderi ponderale de aproximativ 20 kg în ultimele 2 luni, episoade sincopale în context de hipotensiune ortostatică, dureri cronice mixte, în regiunea submandibulară dreaptă, cu iradiere auriculară și facială, prin invazia structurilor locale de către determinările secundare ganglionare, cu caracter constrictiv și pulsatile, de intensitate medie-mare, cu scoruri medii de 6/ 10 pe scala NRS, respectiv scoruri maxime de 10/ 10, ameliorate de opioid major, xerostomie, candidoză orală.

Din antecedentele pacientului, se rețin ca semnificative expunerea profesională la substanțe radioactive și tabagismul cronic, cu sevraj recent, anterior cu aproximativ 6 luni.

La examenul clinic de la internare, s-au constatat după cum urmează: stare generală medie, scor ECOG 3, indice PPS=30-40%, astenie, cașexie, tegumente palide, teroase, cu eritem și cianoză la nivelul hemifetei drepte, formațiune tumorală submandibulară dreaptă, de consistență dură, imobilă pe planurile supraiacent și subiacent, sensibilă spontan și la palpare, xerostomie, candidoză orală, secreții vâscoase la nivelul orofaringelui, edem orofaringian și periamigdalian drept, odinofagie, disfagie mixtă, predominant pentru lichide, disfonie, țesut conjunctiv adipos slab reprezentat, sistem muscular hipoton, diminuarea volumului maselor musculare la nivelul tuturor membrilor și trunchiului, sistem osteoarticular hipokinetic, murmur vezicular diminuat bilateral, sonoritate pulmonară diminuată bilateral, SaO₂=93%, zgomote cardiace regulate, bine bătute, sincrone cu pulsul, artere periferice slab pulsatile, TA=90/ 60 mm Hg, AV=63/ min, abdomen excavat, nedureros spontan și la palpare, fără mase abdominale palpabile, gastrostomă funcțională, eritem al tegumentelor peristomale, micțiuni fiziologice, manevra

Giordano negativă bilateral, fără semne de focar neurologic, orientat temporospațial.

Biologic, la internare, s-au evidențiat anemie macrocitară ușoară, neutrofile, hepatocitoliză ușoară și retenție azotată prerenală, respectiv proteinurie în cantitate redusă.

Pe durata internării, pacientul a prezentat episoade de sincopă în context de hipotensiune ortostatică, înregistrându-se scăderi ale valorilor tensiunii arteriale sistolice de 20 mm Hg (TA în clinostatism 90/60 mm Hg, iar în ortostatism 70/50 mm Hg). În evoluție, sincopalele au asociat fenomene de convulsii tonico-clonice primar generalizate.

Tratamentul a fost multidomeniu, vizând cele patru dimensiuni ale suferinței.

Controlul durerii s-a obținut prin administrare subcutanată continuă de 110 mg sulfat de morfină; s-a efectuat titrare la 24 ore în funcție de numărul de doze solicitate pentru puseele dureroase.

Managementul sincopelor a fost nonfarmacologic prin utilizare de ciorapi compresivi, adoptare poziție proclivă cu membrele inferioare la 30-45 grade față de trunchi și cap la apariția de amețeli, tulburări de vedere asociate puseelor dureroase, respectiv farmacologic. S-a administrat tratament medicamentos cu antiinflamator steroidian – inițial

Dexametazonă în doze descrescătoare, ulterior Metilprednisolon în doză echivalentă. S-a asociat tratament anticonvulsivant cu Levetiracetam 1000 mg/ zi, cu controlul convulsiilor tonico-clonice.

Dispoziția anxioasă a fost ameliorată prin tratament anxiolitic cu Midazolam 5 mg/ zi în infuzie subcutanată continuă pe durata spitalizării, ulterior cu Lorazepam 1 mg/ zi la domiciliu.

Pacientul s-a externat cu simptome controlate, fiind preluat de echipa de îngrijiri paliative la domiciliu.

În evoluție, starea pacientului s-a agravat, cu creșterea frecvenței episoadelor sincopale și reducerea autonomiei și abilității de mobilizare activă din cauza hipotensiunii ortostatice. Astfel, pacientul a necesitat o reinternare în Unitatea cu paturi adulți pentru controlul simptomelor în intervalul 03.10.2023-19.10.2023. Din punct de vedere clinic, pacientul era în stadiu ECOG 4, imobilizat la pat, cașectic, formațiunea submandibulară adenopatică staționară, zgomote cardiace ritmice, cu valori ale TA reduse, murmur vezicular prezent bilateral, micțiuni fiziologice. Datorită accentuării fenomenelor de hipotensiune ortostatică secundare sindromului de sinus carotidian inclusiv la trecerea din clinostatism în poziție șezândă, a fost necesară reevaluarea schemei terapeutice. S-a optat pentru asocierea de Fludrocortizon 0,1 mg în doză crescătoare, cu doză de menținere de 0,2 mg pe zi. S-a obținut creșterea valorilor tensionale sistolice în clinostatism la 100-120 mm Hg, cu posibilitatea de menținere a decubitului la 45-60 grade fără semne de hipotensiune ortostatică.

Discuții

Conform Ghidului Societății Europene de Cardiologie privind Sincopa din 2018, sincopalele pot fi împărțite în trei categorii: reflexe sau mediate neural (vaso-vagale, sindrom de sinus carotidian); secundare hipotensiunii ortostatice (depleție volemică, disfuncție autonomă primară sau secundară, respectiv indusă medicamentos) și de origine cardiacă (aritmii, boli cardiace structurale). [3]

Aspectul episoadelor sincopale ale pacientului prezentat a variat; inițial, episoadele erau declanșate de manevre incidente precum igiena cavității bucale, de trecere bruscă din clinostatism în ortostatism; în evoluție, sincopalele se asociau cu pusee dureroase la nivelul submandibular survenite pe fond de compresie locală la menținerea decubitului lateral drept. Sincopalele erau responsive la reechilibrare hidroelectrolitică, manevre nonfarmacologice precum poziție proclivă a membrilor inferioare la 45 grade față de nivelul trunchiului și capului.

Ulterior, sincopalele au apărut secundar unor manevre Valsalva (micțiune, defecație, inspir profund) și au asociat convulsii tonico-clonice primar generalizate și relaxare sfincteriană, necesitând administrare de terapie anticonvulsivantă. Episoadele sincopale se însoțeau de accentuare a anxietății, inclusiv atacuri de panică, necesitând anxiolitic și metode de control al respirației. Astfel, în cazul pacientului nostru sincopalele erau mediate neural (reflexe), respectiv prin hipotensiune ortostatică, datorită sindromului de sinus carotidian apărut prin înglobarea baroreceptorilor carotidieni și a nervului glosofaringian de către adenopatiile submandibulare. Baroreceptorii carotidieni sunt situați la nivelul arterei carotide interne, aproape de bifurcația carotidei comune și nu inervați de nervul Hering, ramură a nervului glosofaringian. După ce pătrunde în scalp, nervul IX face sinapsă cu nucleul tractului solitar care are rol în modularea funcției autonome la nivel bulbar. [6]

Sindromul de sinus carotidian poate fi de cauză vasodepresoare, cardioinhibitorie sau mixtă [5], în cazul pacientului nostru fiind vorba de etiologie mixtă.

În cadrul evaluării holistice a pacientului, s-a identificat și suferință psihoemoțională caracterizată prin dispoziție depresivă datorată pierderii rolurilor în cadrul familiei și a autonomiei, necesitând asistență pentru desfășurarea activităților zilnice și având o importanță limitare a mobilității, respectiv prin anxietate privind evoluția bolii și simptomatologiei. Din punct de vedere social, soția era îngrijitorul principal și reprezenta un suport atât în aspectele cotidiene, medicale, cât și cele psihologice pentru pacient. De asemenea, fiica și familia acesteia reprezentau piloni importanți ai rețelei sociale a pacientului. Privind dimensiunea spirituală, pacientul a menționat că se simte împăcat sufletește și că regăsește un sprijin și în credința în Dumnezeu, fiind de credință ortodoxă.

Conform Ghidurilor Societății Europene de Cardiologie, se indică metode nonfarmacologice vizând educația și modificarea stilului de viață, respectiv tratament medicamentos – pentru fenotipul care include hipotensiune se recomandă fludrocortizon și midodrin pentru management-ul sincopelor. Fludrocortizonul acționează prin creșterea reabsorbției renale de sodiu, având un efect mineralcorticoid mai important comparativ cu dexametazona și metilprednisolonul. [3] Astfel, asocierea de metilprednisolon și fludrocortizon, alături de metode nonfarmacologice au condus la ameliorarea impactului sincopelor asupra calității vieții pacientului prezentat.

În stadii avansate de boală oncologică, nu există un tratament standardizat al sincopelor. Beneficii s-au obținut în cazuri selectate, la pacienți cu status funcțional satisfăcător, aplicând chimioterapie paliativă sau radioterapie cu scăderea volumului tumoral, respectiv a compresiei pe sinusul carotidian. [7, 8]

Concluzii

Sincopelile reprezintă o provocare terapeutică indiferent de etiologie sau serviciul în care este admis pacientul. Nu s-a identificat un tratament care să modifice semnificativ povara reprezentată de prezența sincopelor la pacienții cu cancer al capului și gâtului în stadii avansate, cu nevoi de îngrijiri paliative.

Pacientul cu sincopă în context oncologic beneficiază de măsuri nonfarmacologice asociat tratamentului medicamentos, care sunt ușor de implementat atât de pacient, cât și de aparținători.

References

1. Mayland CR, Ho QM, Doughty HC, Rogers SN, Peddinti P, Chada P, et al. The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: A scoping review. *Palliative Medicine*. 2020 Oct 21;35(1):27–44.
2. Shishodia NP, Divakar DD, Al Kheraif AA, Ramakrishnaiah R, Pathan AAK, Parine NR, et al. End Stage Palliative Care of Head and Neck Cancer: a Case Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015 Mar 4;16(3):1255–8.
3. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal* 2018 Mar 19;39(21):1883–948.
4. Wu Y, Yang D, Sun L, Xu X, Gao P, Cheng K, et al. Case report: Recurrent syncope as initial symptom in a patient with neck lymphoma. *Frontiers in Cardiovascular Medicine* [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 31]; 9:932798.

5. Hasuo H, Kanbara K, Sakuma H, Matsumori R, Fukunaga M. Self-controllable prodromal symptoms of syncope attributed to carotid sinus syndrome during the end stage of cancer: a case report. *BioPsychoSocial Medicine*. 2016 Sep 5;10(1).
6. Sharma J, Dougherty AH. Recurrent Syncope in a Cancer Patient: A Case Report and Review of the Literature. *Cardiology Research and Practice* [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2023 Oct 31]; 2011:1–5.
7. Fang C, Yang L, Zeng G, Huang R, Fang W, Chen Y, et al. Treatment of syncope in tongue cancer with palliative chemotherapy in the intensive care unit: A case report. *Medicine* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2023 Oct 31];98(35):e16998.
8. Chen-Scarabelli C, Kaza AR, Scarabelli T. Syncope due to nasopharyngeal carcinoma. *The Lancet Oncology*. 2005 May;6(5):347–9.