

## CASE STUDY

### Advanced cervical cancer in palliative care – a demon we could prevent: case report

Monica Moarcăș<sup>1</sup>, Maria-Mirabela Mihăilescu-Marin<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitatea Transilvania Brașov, România

<sup>2</sup>Fundația HOSPICE Casa Speranței, Brașov, România

#### Abstract

**Introduction:** Cervical cancer is one of the most common cancers in women globally, although it is preventable and curable in its early stages. Yet, it is still encountered in advanced stages in young women and it comes with a high burden of symptoms.

**Objective:** The aim of this paper is to present the complexity of the case of a 34-year-old patient with advanced metastatic squamous cervical cancer who developed bone secondary lesions, axis fracture and experienced a total suffering, in both physical and non-physical aspects. She was admitted in the Palliative Care Adult Inpatient Unit of Hospice Casa Speranței Foundation, Brașov for symptoms control through a multidisciplinary approach by the palliative care team. At admission, the informed consent of the patient for educational purposes was obtained.

**Material and method:** We analyzed the medical history of the patient and followed her evolution and management during hospitalization. Informed consent for educational purposes was obtained from the patient.

**Case report:** Pain was one of the most challenging physical symptoms, being plurifactorial and having diverse localizations and mechanisms, with an incomplete response to medical treatment. The psychoemotional, spiritual and social suffering was also severe, therefore the quality of life was poor from several perspectives. The palliative care team was involved only when curative options were no longer feasible; it addressed all dimensions of suffering, helping the patient find relief in her last weeks of life.

**Conclusions:** Education in vulnerable groups for the prevention and timely detection of this cancer could lead to lower prevalence of advanced cervical cancer in young patients. Moreover, the early integration of palliative care in the management of cervical cancer patients could improve their quality of life by controlling their symptoms.

**Keywords:** cervical cancer, palliative care, burden of symptoms, total suffering

#### Rezumat

**Introducere:** Cancerul de col uterin este unul dintre cele mai frecvente tipuri de cancer întâlnite la femei, la nivel global, deși este un cancer care poate fi prevenit și vindecat în stadii incipiente. Cu toate acestea, cancerul de col uterin este diagnosticat în stadii avansate, în special la femei tinere și se asociază cu o mare încărcătură de simptome.

**Obiectiv:** Scopul acestei lucrări este de a prezenta complexitatea cazului unei paciente în vârstă de 34 ani cu carcinom scuamos de col uterin în stadiu avansat, care prezintă metastaze osoase, fractură de axis pe os patologic și suferință totală. Pacienta a fost internată în Unitatea cu paturi de îngrijiri paliative adulți a Fundației Hospice Casa Speranței, Brașov pentru controlul simptomelor printr-o abordare multidisciplinară din partea echipei de îngrijiri paliative.

**Material și metodă:** S-a analizat dosarul medical al pacientei și s-a urmărit evoluția și managementul simptomelor pe durata spitalizării. La internare, s-a obținut acordul informat al pacientei în scopuri educaționale.

**Prezentare de caz:** Durerea a fost unul dintre cele mai dificil de gestionat simptome fizice, fiind plurifactorială, cu multiple localizări și etiologii și răspuns incomplet la medicație. Suferința psihoemoțională, spirituală și socială a fost, de asemenea, severă reducând calitatea vieții pacientei în mai multe aspecte. Echipa de îngrijiri paliative a fost solicitată doar la momentul în care au fost epuizate metodele curative, aceasta având rolul de a gestiona toate dimensiunile suferinței în ultimele săptămâni de viață.

**Concluzii:** Educația grupurilor vulnerabile cu privire la prevenția și diagnosticul precoce al acestui tip de cancer poate diminua prevalența cancerului de col uterin avansat la femeile tinere. De asemenea, integrarea precoce a îngrijirilor paliative la pacientele cu cancer de col uterin poate contribui la îmbunătățirea calității vieții prin controlul simptomelor.

**Cuvinte cheie:** cancer de col uterin, îngrijiri paliative, povara simptomelor, suferință totală

#### Introduction

Worldwide, the fourth most common form of cancer that affects women is cervical cancer. It appears at younger ages and the suffering is often total, involving many physical and psychoemotional symptoms. Women in disadvantaged areas,

from a socio-economic and educational perspective, are a vulnerable population as they lack access to preventive measures, early detection, and palliative care services. In many cases, these patients are already in advanced stages at the time of diagnosis. The early integration of palliative care in

the course of this disease aids in better management of the high symptom burden. [1]

### Aim of the paper

The aim of this paper is to present the complexity of the case of a young woman with advanced cervical carcinoma, with a high burden of physical, psychoemotional, social and spiritual symptoms, which led to total suffering and posed challenges to the palliative care team for optimal management.

### Material and method

We analyzed the medical file of the patient, including the disease history. The evolution and multidisciplinary management of the patient during hospitalization in the Palliative Care Adult Inpatient Unit of Hospice Casa Speranței Foundation, Brașov were followed up and compared to data in the literature. Informed consent for treatment and educational purposes was obtained from the patient at admission.

### Case report

We present the case of a 34-year-old woman known to have stage IV cervical squamous nonkeratinizing carcinoma with thoracic, abdominal and pelvic lymph node, bone, lung, peritoneal metastases, an axis fracture due to a secondary bone lesion, C1-C2 secondary spinal tumour and cervical spinal cord compression who was admitted for symptom control in the Palliative Care Adult Inpatient Unit of Hospice Casa Speranței Foundation, Brașov between 10.05.2023 and 30.05.2023. The patient was transferred from the Urology Department of Brașov Emergency Clinical County Hospital, where a new right percutaneous nephrostomy tube had been placed due to its accidental removal.

The onset of the disease was insidious in 2021. The symptoms that alerted the patient and made her address the Emergency Room of Obstetrics and Gynecology Hospital Brașov on 02.01.2022 were hematuria, pelvic and abdominal pain, foul-smelling vaginal discharge and dizziness. She was admitted and a contrast thorax, abdomen and pelvis CT scan showed a 7.2/ 6.8/ 7.3 cm lobular, inhomogenous, necrotizing cervical tumoral mass, which was invasive in the vagina, involved the right ureter which was dilated in a mild degree and extended posteriorly towards the pararectal fat. The periuterine and paravaginal fat were also invaded. There were revealed also external and common inguinal, obturator, lumbo-aortic adenopathic blocks, liver and spleen enlargement. Therefore, a diagnosis of stage IV A cervical carcinoma was established and cervical biopsy was performed. The histopathologic exam showed cervical nonkeratinizing squamous G2 moderately differentiated carcinoma, with lymphovascular tumour embolus.

At the time of the diagnosis, the carcinoma was already advanced and combined 175 mg/ sqm Paclitaxel (total dose 300 mg iv) and CBDCA AUC5 (total dose 415 mg iv) chemotherapy was started on 19.01.2022. Paraclinical exams showed progression of the disease despite the reduction in size of the cervical tumour and abdominal and pelvic adenopathies. On 25.05.2022, a contrast abdomen CT scan showed stage III right ureterohydronephrosis. Furthermore, on 05.10.2022, a contrast thorax CT scan revealed new laterocervical adenopathies and pulmonary nodules. Chemotherapy was continued and due to the evolution of the disease, Bevacizumab was also added to the protocol. In December 2022, the patient underwent a right percutaneous nephrostomy. During the course of the disease, left

ureterohydronephrosis ensued, but the patient refused bilateral nephrostomy. On 20.03.2023, the patient developed a headache, cervical spine pain associated with a limitation of spinal movements; a head and neck CT scan revealed fracture of the axis osteolytic metastasis and tumour in the C1-C2 spinal cord, both compressing the spinal cord.

During the board meeting of the oncologist, neurosurgeon and radiotherapy specialist, the benefits and risks of surgical decompression or radiotherapy of the spinal cord were balanced. The risks of functional deterioration, along with the vital risk, outweighed the benefits, and after discussion with the patient and her family, conservative medical treatment was decided as the most advisable.

**The physical exam** at admission revealed a conscious and cooperative, cachectic patient, in an altered general state, with pale, dry skin and mucosa, decubitus lesions of various degrees in the sacral, posterior cervical area, menton, contact dermatitis in inguinal region, onychomycosis of the toenails, hypotonic skeletal muscles, Philadelphia cervical collar for immobilization of the axis fracture, reduced subcutaneous adipose tissue, bilateral bronchial ronchi in the lung bases, arterial oxygen saturation of 100%, tachycardic regular heart sounds, synchronous with peripheral pulse, HR=90 bpm, BP=90/ 60 mm Hg, a nontender abdomen, hypogastric hard, nontender tumour with no mobility on the subjacent plans, slow bowel movements, spontaneous micturitions, right percutaneous nephrostomy, foul-smelling vaginal discharge, tetraparesis, predominantly paraparesis with an important associated falling risk, and an anxious and depressive disposition. The ECOG performance status of our patient was 4.

**The laboratory exams** showed moderate macrocytic anemia, thrombocytopenia, decreased glomerular filtration rate, and inflammatory syndrome. In the Urology Department, uroculture had been collected and it revealed ESBL *E. coli*.

The patient underwent antialgic treatment with subcutaneous major opioid in doses adapted to the glomerular filtration rate, WHO first step analgesics, anticonvulsant coanalgesics, and corticosteroids associated with proton pump inhibitors. The urinary tract infection was treated with antibiotic according to the antibiogram. Anxiety was controlled with anxiolytics. The decubitus lesions were managed by topical combined treatment; anti-inflammatory, antibiotic and antifungal; laxatives were administered for constipation.

Non-pharmacological treatment included thorough hygiene of skin and mucosa, regular passive mobilization and active mobilization according to tolerance, nutritional oral supplements, daily dressing of the pressure sores.

The patient was counseled by a palliative care specialized psychologist for the depressive episode. Another objective of the psychotherapy sessions was setting achievable daily goals in order to decrease frustration associated with unrealistic expectations. The disposition was better overall and the levels of anxiety markedly diminished. Moreover, sleep during the night was improved.

She also benefited of spiritual counselling by a specialized member of the multidisciplinary team and was also visited by a priest who offered prayers, Holy Communion and Last Rites. The patient felt a deep sense of peace and inner relief following these rituals.

Although the symptoms were managed with the treatment plan and non-pharmacological methods, the general state of the

patient started to deteriorate. The patient became progressively less responsive, could not swallow fluids or solids and was bed-ridden. Therefore, a terminal protocol was applied. The patient died after three days.

The physical dimensions included a myriad of symptoms with the greatest symptom burden being significant pain. The patient experienced multiple types of pain. Firstly, the patient complained of cervical mixed nociceptive and neuropathic pain, with a burning and constrictive character, of high intensity, scoring 10/ 10 on visual analogue scale, which was worsened by movement, partially improved by major opioid and appeared due to the axis fracture, cervical spine tumour and secondary spinal cord compression and interfered with sleep and limited the range of activities, including hygiene.

Secondly, the patient had diffused dull, intermittent nociceptive abdominal and mixed pelvic pain, of moderate intensity, and diffuse continuous bone pain due to secondary bone lesions, which interfered with mobilization and sleep.

Furthermore, the symptoms of our patient included loss of appetite, fatigability, mixed insomnia, movement troubles due to tetraparesis and significant disposition issues. Overall, her quality of life was influenced on several dimensions.

The social evaluation identified additional factors contributing to the overall suffering: the patient was an unmarried housewife with an elementary education, had 3 children aged between 14 and 18 years, and her main caregiver was one of her sisters. The loss of autonomy and roles along with anticipatory anxiety regarding the place of care and also the ability of the family to manage all the aspects of her care, led to sleep disturbances, mood changes, and affected interactions with close relatives and acquaintances. Moreover, the patient tried to hide her suffering from her children to protect them, which altered the pattern and effectiveness of their communication. The patient did not benefit from social rights, such as the certificate of disability.

The psychoemotional dimension of suffering involved a clinically significant severe depressive episode which was associated with situation related anxiety elements – for instance, mobilization for hygiene was often rescheduled at the patient's request who had panic attacks due to the fear of a potential worsening of the spinal cord compression. The patient was also burdened by the alterations of the body image, which further made her isolate from her family. The patient had unrealistic expectation regarding the evolution of the disease, hoping healing and full recovery were still possible, despite repeated discussions with her oncologist and the palliative care team.

From a spiritual point of view, our patient was Orthodox and she found support in her faith to cope with the challenges of the disease and keep trust in a possible recovery.

### Discussions

The complexity of the case was due to several factors: the patient developed bone metastases and an axis fracture, which are not often encountered in cervical cancer; the onset of the disease was quite unspecific, leading to a delayed diagnosis; the important psychoemotional, spiritual and social components of the total suffering and the late referral of the patient to palliative care services, further challenged the team in managing of all the symptoms. [1]

Butt *et al* conducted a study on bone metastases in cervical cancer patients; autopsy records show they may be underdiagnosed, as bone metastases are not often seen in this type of cancer. Nevertheless, chronic intense pain should alert

physicians to the possibility of bone involvement in oncological diseases.[2] In our patient, pain was one of the leading signs for diagnosis of bone metastasis and their complications.

Our patient presented total pain which manifested multidimensionally. The study of Krauker *et al* showed that cervical cancer patients have a more complex, prevalent and intense suffering in all the dimensions of the person compared to most other serious diseases. The pelvic area has rich innervation and cervical tumours invade many of these structures, leading to a hard to manage cancer pain. Interestingly, in our patient, the pelvic pain was intermittent and the intensity was less than that of the cervical spine pain.[1]

In terms of cervical cancer prevention, vulnerable groups include patients from lower-income countries. It was found that early age at first sexual intercourse is associated with a higher risk of HPV infection, which is known to be an important etiological factor of invasive cervical cancers. Moreover, a younger age at the first pregnancy is a risk factor for cervical cancer.[3] Our patient had both of these risk factors.

The local and distant spread of the cervical cancer is responsible for the high burden of symptoms: vaginal discharge or bleeding, pain, mood disorders, renal failure due to ureteral obstruction, deep vein thrombosis, anemia, dyspnoea due to pulmonary secondary lesions, urinary or bowel fistulas. These symptoms require a multidisciplinary approach and some of them like refractory pain, non-physical suffering, require advanced palliative care. [4,5]

In 2020, World Health Organization developed a global strategy aiming to accelerate the elimination of this type of cancer which is seen as a public health problem. The targets for 2030 are: achieving 90% full HPV vaccination of girls under 15 years, screening 70% of women twice in their lifetime by 35 and 45 years respectively, and ensuring 90% of women with preinvasive or invasive lesions receive treatment. This underscores the importance of education and the fact that prevention, screening and treatment should be made available to all women, regardless of their social background. [5]

### Conclusions

Cervical cancer is one of the cancers that can be prevented and cured if diagnosed in a timely manner. Better education, especially for vulnerable groups from a financial and educational perspective, can lead to a lower prevalence of advanced disease among young patients. The burden of symptoms is much higher than in other cancers and the total suffering remains striking.

Early access to palliative care, starting from the time of diagnosis, can significantly improve the quality of life for these patients.

The uniqueness of this case arises from the complexity of effectively managing the total suffering.

## Cancerul cervical avansat în îngrijirea paliativă - un demon pe care l-am putea preveni: raport de caz

La nivel global, a patra cea mai frecventă formă de cancer care afectează femeile este reprezentată de cancerul de col uterin. Acesta apare la vârste tinere, iar suferința este adesea totală,

implicând numeroase simptome fizice și psihoemoționale. Femeile din mediile defavorizate din punct de vedere financiar și educațional, reprezintă o populație vulnerabilă, deoarece nu au acces la măsuri preventive, la depistarea precoce și, de asemenea, la servicii de îngrijire paliativă. În multe cazuri, aceste paciente sunt deja în stadii avansate în momentul diagnosticării. Integrarea timpurie a îngrijirilor paliative în evoluția acestei boli contribuie la o mai bună gestionare a numărului mare de simptome. [1]

### Scopul lucrării

Scopul acestei lucrări este prezentarea complexității cazului unei paciente tinere cu carcinom de col uterin în stadiu avansat, afectată de simptome severe fizice, psihoemoționale, sociale, respectiv spirituale, care au determinat o suferință totală, iar managementul optim al acestora a reprezentat o provocare pentru echipa de îngrijiri paliative.

### Material și metodă

A fost analizat dosarul medical al pacientei, inclusiv istoricul bolii. Au fost urmărite evoluția și managementul multidisciplinar al acesteia pe parcursul spitalizării în Unitatea cu paturi de îngrijiri paliative adulți a Fundației Hospice Casa Speranței, Brașov și comparate cu datele din literatura de specialitate. La internare, pacienta a oferit consimțământul informat pentru tratament și în scopuri educaționale.

### Prezentare de caz

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 34 de ani, diagnosticată cu carcinom scuamos nonkeratinizant de col uterin în stadiu IV, cu metastaze ganglionare toracice, abdominale și pelvine, osoase, pulmonare, peritoneale, fractură de axis pe os patologic datorată unei leziuni osoase secundare, tumoră spinală secundară C1-C2 și compresie medulară cervicală, care a fost internată pentru controlul simptomelor în Unitatea cu paturi de îngrijiri paliative adulți a Fundației Hospice Casa Speranței, Brașov, între 10.05.2023 și 30.05.2023. Pacienta a fost transferată de pe secția de Urologie a Spitalului Clinic Județean de Urgență Brașov unde fusese inserat un nou tub de nefrostomie percutanată dreaptă ca urmare a îndepărtării accidentale a acestuia.

**Debutul bolii** a fost insidios în anul 2021. Simptomele care au alertat-o pe pacientă și au făcut-o să se prezinte la Camera de Urgență a Spitalului de Obstetrică și Ginecologie Brașov în data de 02.01.2022 au fost reprezentate de hematurie, dureri pelvine și abdominale, secreții vaginale fetide și ameteți. Pacienta a fost internată și la tomografia computerizată cu contrast a toracelui, abdomenului și pelvisului efectuată pe 02.01.2022 s-a evidențiat o masă tumorală cervicală de 7,2/6,8/7cm lobulată, neomogenă, cu necroze incluse, invazivă în vagin, înglobând ureterul drept care era dilatat ușor, cu extensie posterioară spre grăsimea pararectală. Grăsimea periuterină și perivaginală erau, de asemenea, invadate. Au fost evidențiate și blocuri adenopatie inghinale externe și comune, obturatorii, lombo-aortice, hepatomegalie și splenomegalie. Astfel, s-a stabilit diagnosticul de carcinom cervical în stadiul IV A și s-a efectuat o biopsie cervicală. Examenul histopatologic a evidențiat prezența unui carcinom scuamos G2 cervical nonkeratinizant moderat diferențiat, cu embol tumoral limfovacular.

La momentul diagnosticului, carcinomul era deja avansat și în 19.01.2022 a fost inițiată chimioterapia combinată 175 mg/mp Paclitaxel (doza totală 300 mg iv) și CBDCA AUC5 (doza totală

415 mg iv). Examenul paraclinic au arătat progresia bolii în ciuda reducerii dimensiunii tumorii cervicale și a adenopatiilor abdominale și pelvine. În data de 25.05.2022, tomografia computerizată abdominală cu contrast a evidențiat ureterohidronefroza dreaptă de gradul III. În plus, în data de 05.10.2022, tomografia computerizată toracică cu contrast a evidențiat noi adenopatii laterocervicale și noduli pulmonari. Chimioterapia a fost continuată și, datorită evoluției bolii, în protocol a fost adăugat și Bevacizumab. În luna decembrie a aceleiași an pacienta a fost supusă unei nefrostomii percutanate drepte. În evoluție, s-a adăugat ureterohidronefroza stângă, dar pacienta a refuzat nefrostomia bilaterală. Pe data de 20.03.2023, pacienta a dezvoltat cefalee, durere la nivelul coloanei cervicale asociată cu o limitare a mișcărilor coloanei cervicale, care s-au dovedit la tomografia computerizată a capului și gâtului a fi datorate unei fracturi de metastază osteolitică a axisului și prezenței unei tumori la nivelul măduvei spinării C1-C2, ambele comprimând măduva spinării.

În ședința interdisciplinară între oncolog, neurochirurg și radioterapeut, au fost puse în balanță beneficiile și riscurile decompresiei chirurgicale, respectiv ale radioterapiei măduvei spinării. Riscurile de deteriorare funcțională, împreună cu riscul vital au depășit beneficiile și, după discuții purtate cu pacienta și familia acesteia, s-a decis că tratamentul medical conservator este cel mai indicat.

**Examenul fizic** la internare a relevat faptul că pacienta este conștientă și cooperantă, cașectică, cu stare generală alterată, cu piele și mucoase palide, uscate, leziuni de decubit de diferite grade în zona sacrală, cervicală posterioară și bărbie, dermatite de contact în regiunea inghinală, onicomicoză la degetele de la picioare, musculatură scheletică hipotonă, guler cervical Philadelphia pentru imobilizarea fracturii de axis, țesut adipos subcutanat redus, raluri bronșice bilaterale în bazele pulmonare, saturație arterială în oxigen de 100%, zgomote cardiace regulate, tahicardice, sincrone cu pulsul periferic, AV=90 bpm, TA=90/60 mmHg, abdomen nedureros, tumoră hipogastrică dură, fără sensibilitate la palpate, imobilă pe planurile subiacente, tranzit intestinal încetinit, mișcări spontane, nefrostomie percutanată dreaptă, secreții vaginale fetide, tetrapareză, predominant parapareză și un risc important de cădere asociat, dispoziție anxioasă și depresivă. Statusul de performanță ECOG al pacientei noastre era 4.

**Examenul de laborator** au arătat anemie macrocitară moderată, trombocitopenie, scăderea ratei de filtrare glomerulară, sindrom inflamator. În secția de urologie a fost recoltată urocultura, care a evidențiat prezența E. coli ESBL. Pacienta a urmat tratament analgezic cu opioid major administrat subcutanat în doză adaptată ratei de filtrare glomerulară, analgezice de treaptă I pe scala OMS, coanalgezic (anticonvulsivant) și corticosteroid la care s-a asociat inhibitor de pompă de protoni. Infecția urinară a fost tratată cu antibiotice conform antibiogrammei. Anxietatea a fost tratată cu anxiolitice, iar leziunile de decubit au fost gestionate prin tratament topic combinat: antiinflamator, antibiotic și antifungic. Pentru constipație s-au administrat laxative. Tratamentul nonfarmacologic a inclus igiena riguroasă a pielii și mucoaselor, mobilizare pasivă regulată și mobilizare activă în funcție de toleranță, suplimente nutritive orale, pansament zilnic al leziunilor de decubit.

Pacienta a fost consiliată de un psiholog specializat în îngrijiri paliative pentru episodul depresiv. Un alt scop al ședințelor de

psihoterapie a fost stabilirea unor obiective zilnice realizabile pentru a diminua frustrarea asociată cu așteptările nerealiste. Dispoziția generală s-a îmbunătățit, iar nivelurile de anxietate s-au diminuat semnificativ. În plus, somnul pe timpul nopții a fost îmbunătățit.

Pacienta a beneficiat, de asemenea, de consiliere spirituală din partea unui membru specializat al echipei multidisciplinare și a fost vizitată și de un preot care i-a oferit suport spiritual reprezentat de rugăciuni, Sfânta Împărtășanie și Spovedanie. Pacienta a simțit un sentiment profund de pace și ușurare interioară în urma acestor ritualuri.

Deși, simptomatologia pacientei a fost controlată cu ajutorul metodelor farmacologice și nonfarmacologice, starea generală a pacientei s-a deteriorat progresiv, pacienta devenind mai puțin responsabilă, având dificultăți la deglutiție, fiind imobilizată total la pat, motiv pentru care s-a instituit protocol de stare terminală. Pacienta a decedat după trei zile.

**Dimensiunea fizică** a inclus o multitudine de simptome, iar durerea severă a contribuit major la povara simptomelor. Pacienta a acuzat dureri multiple. În primul rând, pacienta a acuzat durere cervicală mixtă nociceptivă și neuropată, cu caracter de arsură și constricție, de intensitate severă, cu un scor de 10/10 pe Scala Analog Vizuală, care era agravată de mișcare, ameliorată parțial de opioid major și care se datora fracturii de axis, procesului tumoral cervical și compresiei secundare a măduvei spinării și interfeera cu somnul, respectiv limita semnificativ o serie de activități, inclusiv igiena.

În al doilea rând, pacienta a prezentat dureri abdominale nociceptive, difuze, surde, intermitente, dureri pelvine mixte, de intensitate moderată și dureri osoase continue, difuze datorate leziunilor osoase secundare, care au interferat cu mobilizarea și somnul.

Pacienta a prezentat și pierderea poftei de mâncare, fatigabilitate, insomnie mixtă, tulburări de mișcare datorate tetraparizei și tulburări de dispoziție. Astfel, calitatea vieții pacientei a avut de suferit în mai multe planuri.

**Evaluarea socială** a identificat noi elemente care se adaugă la suferința totală: pacienta era casnică, necăsătorită, cu studii primare. Avea 3 copii cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani, iar principalul îngrijitor era una dintre surorile sale. Pierderea autonomiei și a rolurilor, precum și anxietatea anticipativă legată de locul de îngrijire și de capacitatea familiei de a gestiona toate aspectele îngrijirii sale au condus la tulburări de somn, tulburări de dispoziție și au influențat interacțiunea cu rudele apropiate și cunoștințele. Pacienta a încercat să își ascundă suferința de copiii săi pentru a-i proteja, ceea ce a condus la o schimbare a modelului și a eficacității comunicării lor. Pacienta nu beneficia de drepturi sociale precum certificatul de handicap.

**Dimensiunea psihoemoțională** a suferinței a implicat un episod depresiv sever semnificativ din punct de vedere clinic, care a fost asociat cu elemente de anxietate situaționale - de exemplu, mobilizarea pentru igienă a fost adesea temporizată la cererea pacientei, care a avut atacuri de panică din cauza temerii unei posibile agravări a compresiei măduvei spinării. durerea refractară, suferința psihică, necesită îngrijiri paliative avansate. [4,5]

În anul 2020, Organizația Mondială a Sănătății a dezvoltat o strategie globală care vizează accelerarea eliminării acestui tip de cancer care este văzut ca o problemă de sănătate publică. Țintele pentru 2030 sunt: atingerea pragului de 90% pentru

Pacienta a fost, de asemenea, împovărată de alterarea imaginii corporale, ceea ce a făcut-o să se izoleze și mai mult de familia sa. Pacienta avea așteptări nerealiste cu privire la evoluția bolii, sperând că vindecarea și recuperarea completă erau încă posibile, în ciuda discuțiilor repetate cu oncologul și cu echipa de îngrijire paliativă.

Din punct de vedere **spiritual**, pacienta noastră era de confesiune ortodoxă și resimțea un sprijin în credința sa pentru a face față provocărilor bolii și a-și păstra încrederea într-o posibilă reabilitare.

## Discuții

Complexitatea cazului s-a datorat mai multor aspecte, după cum urmează: pacienta a dezvoltat metastaze osoase și fracturi ale axisului, care nu sunt des întâlnite în cazul cancerului de col uterin; debutul bolii a fost relativ nespecific, ceea ce a condus la un diagnostic în stadiu avansat; prezența componentelor psihoemoționale, spirituale și sociale ale suferinței totale a afectat major calitatea vieții pacientei și solicitarea tardivă a serviciilor de îngrijire paliativă, fapt care a reprezentat o provocare suplimentară pentru echipa multidisciplinară în ceea ce privește gestionarea tuturor simptomelor. [1]

Butt et al. au efectuat un studiu privind metastazele osoase la pacienții cu cancer de col uterin, datele din autopsii arătând că acestea ar putea fi de fapt subdiagnosticate, deși metastazele osoase nu sunt adesea observate în acest tip de cancer. Cu toate acestea, o durere severă cronică ar trebui să avertizeze medicul pentru a identifica o posibilă afectare osoasă în context oncologic [2]. La pacienta noastră, durerea a fost unul dintre semnele principale pentru diagnosticarea metastazelor osoase și a complicațiilor acestora.

Pacienta prezenta durere totală manifestată multidimensional. Studiul lui Krauker et al. a arătat că pacientele cu cancer de col uterin au o suferință mai complexă, prevalentă și intensă în toate dimensiunile individului, comparativ cu majoritatea altor boli grave. Zona pelviană are o inervație bogată, iar tumorile cervicale invadează multe dintre aceste structuri, determinând o durere neuropată greu de tratat. Interesant este că, la pacienta noastră, durerea pelvină a fost intermitentă și intensitatea a fost mai mică decât cea a durerii de la nivelul coloanei cervicale. [1]

În ceea ce privește prevenirea cancerului de col uterin, grupurile vulnerabile pentru cancerul de col uterin sunt pacientele din țări cu venituri reduse. S-a descoperit că vârsta tânără la primul contact sexual este asociată cu un risc mai mare de infecție cu HPV, despre care se știe că este un factor etiologic important al cancerelor invazive de col uterin. De asemenea, prima sarcină avută la o vârstă fragedă este un factor de risc pentru cancerul de col uterin. [3] Pacienta noastră a prezentat ambii factori de risc.

Răspândirea locală și la distanță a cancerului de col uterin este responsabilă de multitudinea de acuze și anume: secreții sau sângerări vaginale, durere, tulburări de dispoziție, insuficiență renală datorată obstrucției ureterale, tromboză venoasă profundă, anemie, dispnee datorată leziunilor secundare pulmonare, fistule urinare sau intestinale. Acestea necesită o abordare multidisciplinară, iar unele dintre ele, cum ar fi vaccinarea HPV completă a fetelor sub 15 ani; screening-ul a 70% dintre femei de două ori pe durata vieții până la vârsta 35 de ani și, respectiv, 45 de ani și atingerea pragului de 90% pentru accesul la tratament al femeilor cu leziuni preinvazive sau invazive. Aceasta subliniază importanța educației și faptul

că prevenirea, screening-ul și tratamentul ar trebui puse la dispoziția tuturor femeilor, indiferent de mediul lor social. [5]

### Concluzii

Cancerul de col uterin este unul dintre cancerurile care pot fi prevenite și vindecate, dacă este diagnosticat în timp util. O educație mai bună, în special în grupurile vulnerabile, din perspectivă financiară și educațională, poate duce la o prevalență mai scăzută a bolii avansate la paciente tinere. Povara, dată de simptome, este mult mai mare, decât în alte tipuri de cancer iar suferința totală rămâne impresionantă. Accesul timpuriu la îngrijirile paliative, încă de la diagnosticare, ar putea aduce o îmbunătățire importantă a calității vieții acestor pacienți.

Particularitatea acestui caz rezultă din complexitatea gestionării eficiente a suferinței totale.

### References

1. Oguz GT, Silbermann M. Palliative care for a patient with advanced cervical cancer – case report. *Am J Clin Case Rep.* 2021; 2(7): 1050
2. Butt J, Botha M. Bone involvement in patients with cervical carcinoma: a single institution cohort study. *Southern African Journal of Gynaecological Oncology.* 2019; 11(2): 31-37
3. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, Castellsague X et al. British Journal of Cancer. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. 2009;110: 1191-1197
4. <https://emedicine.medscape.com/article/270646-overview#a2>
5. Cleary J. Cervical cancer: 90-70-90 and Palliative Care. *JCO Global Oncology.* 2021; 7: 1426-1428