

# ASPECTE ETICE ȘI PSIHOLOGICE ÎN NEOPLASME CU SINDROM DE COMPRESIUNE MEDIASTINALĂ LA COPIL

Drd. Augustin Ierimia<sup>1</sup>, Prof. Dr. Alexandru G. Dimitriu<sup>1</sup>,  
Prof. Dr. Alexandru Ierimia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

<sup>2</sup>Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea „Dunărea de Jos”, Galați

## REZUMAT

Tulburările psihologice precum anxietatea, depresia sau insomnia sunt comune copiilor diagnosticați cu neoplasme cu sindrom de compresiune mediastinală și prezic înrăutățirea calității vieții lor. Scopul lucrării este de a sublinia principalele aspecte legate de tulburările psihologice întâlnite la pacienții cu boală Hodgkin, limfom malign non-Hodgkin sau leucemie limfoidă cronică cu sindrom de compresiune mediastinală, cât și evidențierea rolului deosebit de important al aplicării principiilor fundamentale de etică medicală, cu scopul de a îmbunătăți calitatea vieții pacienților studiați.

60 de copii cu vârsta cuprinsă între 4 și 17 ani au fost urmăriți pe o perioadă de 5 ani. Cele mai frecvente tulburări psihologice întâlnite la pacienții diagnosticați cu sindromul de compresiune mediastinală au fost: depresia, anxietatea, panica patologică, insomniile, delirul, anorexia și foarte rar, ideile de suicid. S-a remarcat că aceste tulburări au influențat în mod negativ capacitatea decizională a copiilor și adolescenților, referitor la consimțământul informat pentru stabilirea atitudinii terapeutice ideale.

Succesul măsurilor etice în întâlnirile de zi cu zi ale medicului oncolog cu pacienții, a depins de capacitatea acestuia de a lua în considerație nevoile fizice, emoționale și sociale ale pacienților.

**Cuvinte cheie:** oncologie pediatrică, relația medic-pacient, tulburări psihologice, depresie

## INTRODUCERE

Mediastinul, o zonă anatomică relativ restrânsă, poate fi sediul unui mare număr de tumori primitive, dar și al unui mare număr de leziuni secundare, provenite din vecinătate sau prin diseminare metastatică. Neoplasmele însoțite de sindrom de compresiune mediastinală (SCM), impresionează profund prin implicațiile sale de lungă durată și suferința grea la care este supus bolnavul. Progrese semnificative în diagnosticul, tratamentul și prevenirea cancerului au fost realizate încă din anii '70. Mai recent, unele aspecte în îngrijirea cancerului au fost îmbunătățite prin faptul că personalul medical acordă mai multă atenție asupra momentului înștiințării pacientului, asupra diagnosticului și opțiunilor de tratament, a calității vieții bolnavilor și a familiilor lor, aplicând măsuri etice, obținând consimțământul adulților și chiar participarea copiilor la unele discuții în vederea luării unor decizii.

Este bine cunoscut ca din punct de vedere al eticii medicale, pacienții cu neoplasme cu compre-

siune mediastinală (CM), pot beneficia de patru modele de relații medic-pacient (2,12):

Modelul paternalist (util și necesar în situații de urgență (3)), poate restricționa drepturile sau libertățile pacienților, clinicienii asigurându-se că pacienții primesc cele mai bune intervenții care promovează sănătatea și bunăstarea, indiferent de „preferințele” pacienților (6).

Modelul informativ pune în evidență faptul că medicii reprezintă furnizorii de informații și de tratament, iar pacienții au calitatea de consumatori. Clinicianul informează pacientul despre diagnosticul și prognosticul bolii, dar și opțiunile de tratament, fără a influența deciziile pacientului.

În modelul interpretativ, clinicianul este furnizor de informații, ajutând pacientul să înțeleagă și să decidă în privința tratamentului, ținând cont de preferințele acestuia. Medicul oncolog nu impune o anumită conduită terapeutică, ci sugerează cele mai bune opțiuni de tratament pentru a crește șansele de supraviețuire ale pacientului. (3).

Adresa de corespondență:

Drd. Augustin Ierimia, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa”, Str. Universității, Nr. 16, Iași

Din punctul de vedere al modelului deliberativ, clinicianul acționează în calitate de profesor sau prieten al pacientului, ajutându-l să delibereze asupra diferitelor aspecte ale bolii, prognosticului, și asupra opțiunilor de tratament. Clinicianul se angajează cu pacientul într-un dialog despre cel mai bun tratament. Medicul începe prin a echilibra opțiunile cu pacientul într-o discuție, prezentându-i riscurile, beneficiile și potențialul impact asupra vieții lui.

Toate aceste modele de relații medic-pacient prezintă o aplicabilitate particulară la copil și adolescent, cărora le lipsește capacitatea decizională sau împuternicirea legală de a-și da consimțământul. Spre deosebire de îngrijirea personală a adultului, drepturile părintelui de a decide asupra îngrijirii directe a copilului sunt limitate atât de interesul copilului, cât și de obligația independentă a terapeutului de a acționa în interesul maxim al copilului, chiar dacă aceasta îl situează într-un conflict cu unul dintre părinți. Conceptul acordului informat al părintelui (mai curând decât un consimțământ) reflectă această decizie distribuită care particularizează aspectele etice în pediatrie. (11)

Totuși, deși ideal ar fi aplicarea modelului deliberativ sau interpretativ, în cazurile de SCM ce implică un risc crescut, prioritatea o are ceea ce este cel mai bine (din perspectiva medicală) pentru copil și nu dreptul părintelui sau adolescentului de a decide. Astfel, modelul paternalist poate fi justificat în situațiile în care preferințele copiilor sau ale părinților contravin interesului maxim al copilului. Studii recente au confirmat că copiii mai mari și adolescenții prezintă capacitatea cognitivă și emoțională de a participa pe deplin la deciziile clinice, mai ales dacă sunt în situația unei evoluții cronice a cancerului. Din acest motiv, adolescentul va primi cu prudență toate informațiile, ca și pacientul adult, iar părerea lui va fi luată în considerație ca un factor din ce în ce mai hotărâtor, în raport cu vârsta și gradul său de maturitate. Autorizația acordată de minor poate fi în orice moment retrasă de către o altă autoritate competentă în propriul interes al copilului. (11)

Lotul de studiu a cuprins 60 de copii cu vârsta cuprinsă între 4 și 17 ani, internați în serviciul de Hemato-Oncologie al Spitalului „Sf. Maria” Iași, pentru fenomene de CM într-o perioadă de 5 ani, diagnosticați cu boală Hodgkin (66%), limfom malign non Hodgkin (17%) sau leucemie limfoidă cronică (16%) cu adenopatii mediastinale. Au predominat pacienții de sex masculin (40 cazuri), și cei din mediul rural (57%). Toți copiii au prezentat simptome caracteristice bolii de bază, dar și unele simptome neuropsihice, prezente în special la copii cu vârsta mai mare de 8 ani. Dintre acestea, men-

ționăm: depresie 70% (42 copii), în special la copiii mari, anxietate 66% (40 copii), mai frecvent întâlnită la copii mici, panică patologică 8,3 % (5 copii), insomnii 20% (12 copii), grețuri/vărsături 50% (30 copii) și anorexie 60% (36 copii).

Dispneea și disfagia prezente în SCM, au sporit stările de panică, anorexie sau anxietate și au influențat capacitatea de decizie atât a copiilor, cât și a adolescenților.

Copiii cu SCM, s-au prezentat pe sine ca fiind o persoană tristă, pesimistă, descurajată, disperată etc. Principalii factori care au influențat persoanele diagnosticate cu SCM au fost:

- Tipul, clasa, stadiul cancerului cât și reacția acestuia la terapie;
- atitudinea persoanei față de această boală, inclusiv acceptarea de a face compromisuri, de a trece prin terapie și de a beneficia de serviciile medicale și de sprijin (atitudini precum: optimismul, curajul, speranța, implicarea activă au însoțit o evoluție favorabilă a bolii, în vreme ce pesimismul, deznădejdea, nerăbdarea, refuzul de comunicare cu personalul de specialitate și de a accepta îngrijirile medicale au favorizat prăbușirea rapidă a persoanei în cauză);
- atitudinea medicului și a familiei față de persoana diagnosticată cu sindrom de compresiune mediastinală;
- măsura în care pot fi controlate efectele secundare ale tratamentului.

Este cunoscut faptul că tratamentul ca atare, în cancer, poate implica anumite tehnici medicale provocatoare de durere. Lipsa unor explicații, de altfel absolut necesare, asupra acestor tehnici, calitatea sprijinului din partea echipei medicale și a familiei, provoacă pacientului teamă și îngrijorare. Atunci când organismul nu răspunde la tratament conform așteptărilor, bolnavul se poate simți lipsit de speranță. Efectele secundare ale chimioterapiei (căderea părului, greața, vărsăturile etc.), intervențiile chirurgicale (care au ca finalitate extirparea unor organe sau amputarea unui membru) provoacă pacientului de cancer un grav traumatism psihic. Pe fondul acestor probleme se poate instala, secundar, episodul depresiv.

Pacienții din lotul studiat au avut temeri comune, precum:

- drum spre moarte;
- dependență de familie, doctor, personal de îngrijire;
- desfigurare, schimbare în imaginea corporală și în imaginea de sine;
- deprecierea capacității de a avea succes în muncă, școală sau activități libere;

- distrugerea (întreruperea) relațiilor personale;
- disconfort sau durere în stadiile avansate ale bolii.

Abilitatea pacientului de a face față acestor temeri a depins de atitudinea echipei medicale, de ajutorul psihologic (emoțional) dar și de unele aspecte sociale. Față de spectrul terifiant al cancerului, unul dintre rolurile medicului a fost acela de a înlocui anxietatea apărută cu o considerație lucidă, realistă a bolii.

## DISCUȚII

În oncologie apare problema informării explicite a pacientului asupra diagnosticului. (1)

Responsabilitățile etice ale medicului oncolog încep de obicei atunci când există un diagnostic pozitiv de cancer, eveniment care declanșează șoc și anxietate la pacienți și familiile lor. Datorită complexității bolii este necesară o strânsă colaborare a medicului cu psihologul, personalul de nursing din spital, medicul de familie, asistenta socială, pedagogi, psihiatrul. (7,8)

Cancerul continuă să fie cea mai frecventă cauză de deces pentru copiii cu vârste cuprinse între 1-19 ani în Statele Unite ale Americii (9). O abordare sinceră a unui diagnostic de cancer nu poate fi bine primită de toți pacienții și familiile lor. Formele cu SCM, sunt asociate de multe persoane cu desfigurare, moarte, și de aceea, prima îndatorire etică a unui medic oncolog și echipa lui este de a transmite diagnosticul într-un mod în care realitatea bolii și a implicațiilor sale să reușească să mențină optimismul și speranța. Totuși, trebuie acordată o atenție specială în a face distincția dintre remisie și vindecare. (4,5)

Medicul trebuie să discute cu pacientul și apropiații acestuia șansele de supraviețuire, opțiunile de tratament disponibile, riscurile și beneficiile pe deplin, și să încurajeze pacienții și familiile acestora să pună întrebări și să le dea răspunsuri oneste. Atât pacientul, cât și cei apropiați lui nu trebuie să fie suprasolicitați cu informații, dar nici dezinformați. Este bine ca aceste discuții să aibă loc într-un spațiu privat, astfel ca pacientul să primească corect informațiile și să existe o discuție deschisă cu medicul, să existe o confidențialitate ce nu poate fi divulgată unei terțe persoane fără acordul pacientului. (10,15)

Succesul măsurilor etice în întâlnirile de zi cu zi ale medicului oncolog cu pacienții, depinde de capacitatea acestuia de a lua în considerație nevoile fizice, emoționale și sociale ale pacienților. În fața unui pacient cu SCM, medicii trebuie să dialogheze cu acesta, să asculte, să prezinte compasiune și deschidere, să existe o bună comunicare și înțelegere, formându-se astfel o bună colaborare bazată pe

încredere reciprocă. Fără aceste caracteristici interpersonale, relația medic-pacient poate conduce la nemulțumiri de ambele părți, neîncredere, și o calitate a asistenței medicale deficitară. (14)

Aspectele etice ale bolii canceroase în copilărie sunt complexe și potențial greu de rezolvat. Este greu ca un copil să ia parte la discuții referitoare la boala sa și să aibă și capacitatea maximă să le înțeleagă. Uneori părinții își dezvăluie dorința ca diagnosticul și severitatea bolii să nu le fie destăinuite copiilor. Studiile sunt destul de controversate în acest sens: unii cercetători doresc să protejeze copiii de traume psihologice (16), iar alții susțin faptul că informația timpurie a copilului poate ajuta mai mult evoluția bolii și tratamentul acesteia (13,16).

## CONCLUZII

Principalele tulburări psihologice întâlnite la pacienții diagnosticați cu SCM au fost: depresia, anxietatea, panica patologică, insomniile, delirul, anorexia, greața/vărsătura, dar și ideile de suicid. Depresia a avut în general consecințe grave asupra evoluției și prognosticului bolii dar mai ales asupra capacității decizionale atât a copiilor, cât și a adolescenților cu compresiune mediastinală, adâncind dilemele eticii medicale din patologia pediatrică oncologică.

Aflarea diagnosticului în mod întâmplător sau într-un moment nepotrivit, poate provoca stupefacție, neîncredere, confuzie și multă suferință copilului. Chiar dacă familia trece și ea prin momente grele, trebuie să se mobilizeze și, cel puțin, la patul bolnavului, să evite lamentările, jelitul, reproșurile, mila; bolnavul are nevoie să-i fie respectate demnitatea și calitățile umane, să știe că este bine îngrijit și că se face tot posibilul pentru a i se reda sănătatea.

Calitatea vieții bolnavilor cu sindrom de compresiune mediastinală ar putea fi semnificativ îmbunătățită prin aplicarea unor principii fundamentale de etică medicală. Astfel, atitudinea persoanei față de această patologie ar putea fi îmbunătățită dacă pacientul, suplimentar ultimelor ghiduri terapeutice, ar beneficia de o evaluare psihologică prealabilă (pentru a se stabili dacă este capabilă să suporte realitatea situației și, mai ales, să-și înțeleagă situația în care se află) și, de o minimă pregătire psihologică (suport emoțional, încurajarea unor atitudini precum speranța, curajul, răbdarea, implicarea activă în lupta cu boala etc.)

Succesul măsurilor etice ale medicului oncolog cu pacienții, depinde de capacitatea acestuia de a lua în considerație nevoile fizice, emoționale dar și sociale ale pacienților.

## ***Ethical and psychological aspects in mediastinal compression neoplasms in children***

**Augustin Ierimia<sup>1</sup>, Alexandru G. Dimitriu<sup>1</sup>, Alexandru Ierimia<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Gr. T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania*

<sup>2</sup>*Faculty of Medicine and Pharmacy “Dunarea de Jos” University, Galati, Romania*

### ABSTRACT

Psychological disorders like anxiety, depression or insomnia are common in children's diagnosed with neoplasms with mediastinal compression syndrome and predict worse quality of life. The aim of the study is to highlight the main aspects regarding the psychological disorders found in the evolution of the mediastinal compression syndrome in children diagnosed with chronic lymphocytic leukemia, Hodgkin or non-Hodgkin lymphoma and to emphasize the role of applying basic principles of medical ethics to improve mediastinal compression patients quality of life.

60 subjects aged between 4 and 17 years, were closely observed for a period of 5 years. The most frequent psychological disorders found in these patients was: depression, anxiety, pathological panic, insomnia, delirium, anorexia, and a few cases of suicidal tendencies. It was noted that these disorders have negatively influenced the ability of decision-making of both the children and adolescents with mediastinal compression syndrome, regarding the informed consent for the ideal medical approach.

The degree of success of the ethical measures in the day to day relationship between the oncologist and patient relies heavily in the former's ability of taking under consideration the physical, emotional and social needs of the latter.

**Key words:** pediatric oncology, physician-patient relation, psychological disorders, depression

### INTRODUCTION

The mediastinum, a relatively small anatomical area, can be the stage for a large number of primitive tumours and a series of secondary lesions caused by vicinity or metastatic dissemination.

Cancer with mediastinal compression syndrome (MCS) is a disease that will invariably leave a profound impression because of the long and painful suffering that the affected person has to face. Since the 70s, significant progress has been achieved regarding the control and prevention of cancer. Of great help are the methods of diagnostic that allow the early detection of the disease. The resulting treatments – now based on chemotherapy and radiotherapy proved beneficial and the risks have been diminished. Certain aspects of dealing with cancers have significantly improved simply because of a better approach by the medical personnel of issues like: communicating the diagnostic results to patients, treatment options, patients' and their families' quality of life, using ethical means and measures, seeking consent from the adults and even involving the children in certain discussions and decision making.

It is well known that in terms of medical ethics, four models of doctor-patient relationships have been identified in the field of mediastinal compression neoplasms care (2,12):

The paternalist model (useful and necessary in emergency situations (3)) can restrict patient's rights and liberties. The clinicians make sure the patients receive the best interventions for their health and welfare regardless of their "preferences" (6).

The informative model is based on the idea that the doctors are providers of information and treatments and the patients are consumers. The clinician, in this case, informs the patient about the diagnostic and the prognosis of the disease, available treatment options, without trying to influence the patient's decision making.

In the interpretative model, the clinician is an information provider, helping the patient understand and decide about the treatment, taking under consideration the patient's preferences. The oncologist will not insist upon a certain course of treatment but suggest the treatment options best suitable to the patient's needs and increase the survival chances. (3).

In terms of deliberative model, the clinician assumes the role of patient's teacher or friend, guiding the patient through the process of deliberation upon the various aspects of the disease, the prognosis and treatment options. The clinician engages the patient in a dialogue about the best treatment. The doctor starts by putting the options in a balance in a discussion with the patient, highlighting risks and benefits and explaining the potential impact of each

of them upon his/her life. The oncologist will then recommend a certain course of therapy that has been identified as the best option, e.g. radiotherapy, which could be better in certain cases because it offers maximum chances of survival with minimal risk of disfigurement and loss of life (3).

All these models of doctor-patient relationships apply particularly in case of children and teenagers, who lack the decisional capacity or the legal empowerment to express their consent. Unlike the situation of own personal care in adulthood, parents' rights to decide for the care of their children are far more reduced both in the interest of the child and by the independent obligation of the therapist who may contradict with one of the parents. The concept of parental agreement (more appropriate than consent), represents that kind of reassigned decision which particularize the ethical issues in pediatrics. (11)

However, although the ideal would be to apply the deliberative or interpretative model, in the cases of mediastinal compression that involves an increased risk, the best interest of the child prevails, and not the parent's right to decide. Thus, the paternalist model may be justified in situations of children or parents preferences are not in the interest of the child. Recent studies have confirmed that children of higher age and teenagers have the emotional and cognitive capacity of fully participating in decisions regarding their situation, especially when speaking of a chronic evolution of a cancer. For this reason, the teenager will cautiously receive the same information as adults do, and his opinion must be therefore taken into consideration as an increasingly important factor, according to the age and the degree of maturity of this one. This authorization can be withdrawn anytime by another competent body in the interest of the child. (11)

The study group included 60 children aged between 4 and 17, admitted to Hematology-Oncology ward of "St. Mary" Pediatric Hospital Iasi during a five year period, for mediastinal compression (MC) symptoms, diagnosed with Hodgkin's disease (66%), non-Hodgkin lymphoma (17%) or chronic lymphocytic leukemia (16%) with mediastinal adenopathy. The male gender was dominant (40 children) and also patients lived in rural areas (57%). All 60 children were displaying characteristic symptoms of the main disease but also various neuro-psychological ones, especially obvious in the case of the children older than 8 years. The following symptoms have been noted among our patients: depression 70 % – in the older children in particular, anxiety 66% – in the younger children in particular, pathologic panic 8.3% (5 children),

insomnia 20% (12 children), nausea, sickness 50% and anorexia 60% (36 children).

Dyspnea and dysphagia present in MCS, increased panic, anorexia and anxiety and influenced the decision-making capacity of both the children and adolescents.

The main factors that influenced the state of mind of children diagnosed with MCS were:

- the type, class, stage of cancer and its responsiveness to therapy;
- the attitude of the person regarding this type of disease, the acceptance of compromise, the will to get through the therapy and take advantage of the medical and support services available;
- the physician and family's attitude towards the person diagnosed with MCS;
- the extent of control available over the side effects of the treatment.

It is well known that cancer treatment can imply certain medical techniques that cause pain and discomfort. The lack of explaining of these techniques and quality family, friends and medical team support, can increase the patient's fear and anxiety. When the organism doesn't respond as expected to the treatment, the patient could lose hope. The side effects of chemotherapy (hair loss, nausea, sickness etc.), the surgery procedures (organ extirpation or amputations) will cause the cancer patient extensive psychological trauma.

Patients from our study group have a series of common concerns like:

- imminent death;
- dependency on family, partner, physician, care team;
- desfigurement – changes in the physical appearance and personal image;
- depreciation of work capabilities, of chances of professional, learning and free activities success;
- destroying of personal relationships;
- discomfort and pain in the terminal stages of the disease.

The patient's capability to face these concerns depends on the quality of the medical team, psychological (emotional) help and the social aspects. Given the terrifying specter of cancer, one of the immediate tasks for the doctors is to soothe the patient's imminent anxieties and determine a level-headed, realistic perception of the disease.

## DISCUSSIONS

In oncology, appears the patient explicit information problem, regarding his diagnosis. (1)

The oncologist's ethical responsibilities start as soon as a positive cancer diagnostic is confirmed – an event which is very likely to cause shock and anxiety among the patients and their families. The complexity of the disease requires a close collaboration between the oncologist and psychologists, hospital nursing team, families' General Practitioners, social carers, educators and psychiatrists. (7,8)

Cancer is the most frequent cause of death among children aged between 1 and 19 in the USA (9). An honest approach is not always going to be well received by absolutely all patients and their families. Cancer, especially with MC is associated by many with disfigurement and death so the first ethical duty faced by oncologists and their teams is to disclose the diagnostic result in a manner that will make sure the illness and its' implications are realistically balanced by optimism and hope. However, patient must understand the difference between remission and cure. (4,5)

The doctor needs to discuss with the patient and the patient's close ones the survival chances, the treatment options available with their respective risks and benefits in all aspects, to encourage them to ask questions and to offer honest answers. The patient and the close ones shouldn't either be overloaded with information or be misinformed. It is recommendable for the talks to take place in a private space so that the patient can understand the information, have an open-minded discussion with the doctor and is granted complete confidentiality so that any information can only be passed on to third parties with the approval of the patient. (10,14,15)

The degree of success of the ethical measures in the day to day relationship between the oncologist and patient relies heavily in the former's ability of taking under consideration the physical, emotional and social needs of the latter. The doctor-patient relationship is one of enormous importance in the common fight against cancer, a disease frequently life-threatening and clinically extremely complex, the patient needing first class rock-solid support. When around a cancer sufferer the doctors must encourage dialogue, listen, empathies showing openness and compassion, ensure flawless communication and understanding is achieved in order to help building up a proper collaboration based on mutual trust. Without these interpersonal characteristics the doctor-patient relationship will be marked by feelings of unhappiness and mistrust from both sides, situation that will be ultimately leading to depreciation in the quality of the medical care act.

The ethical aspects of children cancers are extremely complex and potentially difficult to solve.

It's hard for a child to take part in discussions regarding his illness and to be able to fully understand the situation. Sometimes parents express the wish for the diagnostic or details regarding the severity of the disease not to be revealed to their cancer suffering children. The studies on the subject are fairly controversial: some researchers call for the children to be shielded from psychological traumas (16), whereas others argue that that early information of the children can be beneficial for the ulterior evolution of the disease and its treatment (13,16).

## CONCLUSION

The most frequent psychological disorders found in the patients diagnosed with MCS and cancer, in particular, was: depression, anxiety, pathological panic, insomnia, delirium, anorexia, nausea/sickness, pain, suicidal tendencies etc. The depression had serious consequences regarding both the evolution and the prognosis of the disease, but in particular on the decision-making capacity of both the children and adolescents with MC, generating deep ethical dilemmas of pediatric oncology.

The acknowledging of the diagnostic in random, unsuitable circumstances can produce stupefaction, loss of trust, confusion and unnecessary additional suffering to the children patients. Even if, understandably, in shock and traumatised, the family members must keep themselves together and, at very least in the presence of the affected person, should avoid lamenting, bewailing, pitying, reproaching; the patient needs his/her dignity and human qualities to be respected and that is being offered the best care and best available treatment in order to be brought back to normal health.

Mediastinal compression patients and their families quality of life could be significantly improved by applying basic principles of medical ethics. Thus, child attitude towards MCS could be improved if, additional recent therapeutic guidelines, patient would be psychologically assessed (to establish their capability of facing the reality of their situation and more importantly, to understand it) and given a minimum of preparation to help them deal with the situation (emotional support, encouraging of attitudes of hope, braveness, patience, active involvement in the fight against the disease etc.).

The degree of success of the ethical measures in the day to day relationship between the oncologist and patient relies heavily in the former's ability of taking under consideration the physical, emotional and social needs of the children with mediastinal compression.

## REFERENCES

1. **Bild E., Stefan D** – Aspecte etice in clinica oncologica, *Rev. Rom. Bioetica*, vol. 2, nr. 4, pg. 114-119, 2004;
2. **El-Ghazali, Sawsan** – “Is It Wise to Tell the Truth, the Whole Truth, and Nothing but the Truth to a Cancer Patient?” In *Communication with the Cancer Patient: Information and Truth*, ed. M. Zwitter. New York: New York Academy of Sciences. 1997
3. **Emanuel E., and Emanuel L** – “Four Models of the Physician-Patient Relationship.” *Journal of the American Medical Association* 267: 2221–2226, 1992.
4. **Flores, Glenn** – “Culture and the Patient-Physician Relationship: Achieving Cultural Competency in Health Care.” *Journal of Pediatrics* 136(1): 14–23, 2000.
5. **Flores, Glenn; Milagros, Abrue; Schwartz, I.; et al** – “The Importance of Language and Culture in Pediatric Care: Case Studies from the Latino Community.” *Journal of Pediatrics* 137(6): 842–848, 2000
6. **Goldman, Alan** – “The Refutation of Medical Paternalism.” In *Ethical Issues in Modern Medicine*, ed. J. D. Arras and B. Steinbock. Mountain View, CA: Mayfield, 1999
7. **Good, M. J. Delvecchio; Good, B. J.; Schaffer, C.; et al** – “American Oncology and the Discourse on Hope.” *Culture, Medicine and Psychiatry* 14: 59–79, 1990
8. **Gordon, Deborah R** – “Embodying Illness, Embodying Cancer.” *Culture, Medicine and Psychiatry* 14: 275–297, 1990
9. **Hoyert, D. L.; Freedman, M. A.; Strobino, D.M.; et al** – “Annual Summary of Vital Statistics: 2000.” *Pediatrics* 108(6): 1241–1255, 2001
10. **Kodish, E.; Singer, P. A.; et al** – “Ethical Issues” *Cancer: Principles and Practices of Oncology*, ed. S. A. Rosenberg. Philadelphia and New York: Lippincott-Raven; p. 2974, 1997
11. **Lucian Miron, Ingrith Miron, Mihai Marinca** – Particularitati si dileme etice ale consimtamantului informat in oncologia pediatrica, *Rev. Rom. Bioetica*, vol. 7, nr. 1, 2009
12. **Ong, L. M.; de Haes, J. C.; Hoos, A.M.; et al** – “Doctor- Patient Communication: A Review of the Literature.” *Social Science and Medicine* 40(7): 903–918, 1995
13. **Slavin, L. A.; O'Malley, J. E.; Koocher, J. P.; et al** – “Communication of the Cancer Diagnosis to Pediatric Patients: Impact on Long-Term Adjustment.” *American Journal of Psychiatry* 139: 179–183. 1982
14. **Szasz, Thomas, and Hollender, M. H** – “The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship.” *The Social Medicine Reader*, ed. Gail E. Henderson, Nancy M. P. King, Ronald P. Strauss, Sue E. Estroff, and Larry E. Churchill. Durham, NC: Duke University Press. 1997
15. **Taylor, Kathryn M** – “Physicians and the Disclosure of Undesirable Information.” *Biomedicine Examined*, ed. D. Gordon. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic. 1988
16. **Truog, R. D.; Burns, J.; et al** – “Ethical Considerations in Pediatric Oncology.” *Principles and Practices of Pediatric Oncology*, ed. D. G. Poplack. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2002.