

Jakość życia kobiet ze szczególnym uwzględnieniem życia seksualnego w trakcie leczenia i po leczeniu z powodu raka piersi – przegląd piśmiennictwa

Overall and sexual quality of life in women with breast cancer during and after oncologic treatment: a review

Justyna Chałubińska¹, Jolanta Łuniewska-Bury², Michał Spsych^{1,2}, Jacek Fijuth^{1,2}

¹Zakład Radioterapii, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Jacek Fijuth

²Zakład Teleradioterapii, Regionalny Ośrodek Onkologiczny, WSS im M. Kopernika w Łodzi,

kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Jacek Fijuth

Przegląd Menopauzalny 2010; 3: 178–183

Streszczenie

Definicja jakości życia jest nierozdzielnie związana z definicją zdrowia wg Światowej Organizacji Zdrowia i stanowi pełny dobrostan, w którym jednostka może realizować swoje zdolności, radzić sobie ze standardowym stresem, jest w stanie pracować wydajnie i produktywnie oraz współuczestniczyć w życiu społecznym. Ocena jakości życia w medycynie obecnie jest jednym z kluczowych elementów badań klinicznych. Skutki działań medycznych wymagają wnikliwej oceny nie tylko obiektywnych punktów końcowych (np. zgon, przeżycie całkowite itp.), lecz również oceny subiektywnych punktów końcowych, takich jak np. życie seksualne. Nie zawsze jest to łatwe zadanie zarówno w trakcie przeprowadzania badań naukowych, jak i w codziennej praktyce lekarskiej.

Celem pracy był przegląd aktualnego piśmiennictwa dotyczącego jakości życia chorych na raka piersi w trakcie i po zakończeniu leczenia. Autorzy skupili się szczególnie na ocenie jakości życia seksualnego, przedstawiając w pracy wpływ na nią niektórych czynników demograficznych, takich jak wiek, rasa, stan cywilny i edukacja. Skupiono się przede wszystkim na rodzaju i etapie leczenia (chirurgiczne, rekonstrukcyjne, systemowe oraz radioterapia) oraz jego oddziaływaniu na jakość życia u wyżej wymienionej grupy chorych. W pracy czytelnicy znajdą również informacje dotyczące oceny jakości życia u pacjentek chorych na raka piersi po zakończeniu leczenia. Podkreślono również wpływ, często współistniejących w tej grupie pacjentek, chorób psychicznych i ich terapii na seksualną sferę jakości życia. Omówiono również kwestionariusze najczęściej stosowane do oceny jakości życia u chorych na raka piersi, w tym te służące ocenie jakości życia seksualnego. Aktualne piśmiennictwo i kwestionariusze przedstawione w niniejszej pracy mogą okazać się przydatne w codziennej praktyce lekarskiej.

Słowa kluczowe: jakość życia, rak piersi, leczenie onkologiczne

Summary

The definition of quality of life is derived from the WHO's general definition of health and reflects coping with normal stress, productive work and social functioning. Assessing quality of life in clinical trials is of crucial importance. Implications of medical interventions have to be evaluated not only in terms of hard endpoints (e.g. death, overall survival etc.) but also soft ones like for instance sexual functioning. The importance of assessing quality of life is sometimes underestimated in clinical trials and in everyday clinical practice.

The purpose was a survey of current literature in the field of quality of life in breast cancer patients and survivors. The authors paid special attention to the sexual aspects of quality of life. The article outlines the influence of various demographic factors such as age, marital status, educational level and race on quality of life scores in breast cancer patients. The authors elucidated the differing impact of the type and stage of treatment (surgery, reconstruction, systemic therapy and radiotherapy) on quality of life in the group described above. Within this article the readers will also find information about quality of life in breast cancer patients in subsequent years after finalization of treatment. The relation of psychiatric disorders, more common in cancer patients, and their treatment with general and sexual quality of life is also presented and discussed. The readers will find the information contained in this article as a current review of quality of life literature and guidelines which could be incorporated into routine medical care.

Key words: quality of life, breast cancer, oncologic treatment

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Michał Spsych**, Zakład Radioterapii, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny, ul. Paderewskiego 4, 93-509 Łódź, tel. +48 42 689 55 51, faks 42-689-55-51, e-mail: michal.spsych@umed.lodz.pl

Definicja jakości życia

Pojęcie jakości życia jest nierozzerwalnym elementem zdrowia, definiowanego wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, niebędący jedynie brakiem choroby lub ułomności [1]. Jakość życia jest pochodną wszystkich wyżej wymienionych elementów zdrowia, które zgodnie z definicją WHO stanowią pełny dobrostan, w którym jednostka może realizować swoje zdolności, radzić sobie ze standardowym stresem, jest w stanie pracować wydajnie i produktywnie oraz współuczestniczyć w życiu społecznym [1]. Ocenie jakości życia może podlegać wpływ różnych czynników na subiektywne odczucie wybranego aspektu zdrowia, jak również wpływ czynników pozazdrowotnych (jakość życia związana ze zdrowiem – *Health Related Quality of Life* – HRQoL) [2]. Ocena jakości życia stała się nieodzownym elementem wielu badań klinicznych. Obecnie nie ocenia się tylko obiektywnych punktów końcowych, takich jak np. zgon czy progresja choroby. Skutki działań medycznych oceniane są również w kategoriach potrzeb zdrowotnych, sytuacji zdrowotnej i zadowolenia chorego. W związku z powyższym ocena jakości życia stanowi w przeprowadzanych badaniach klinicznych jeden z głównych, subiektywnych punktów końcowych [3]. Ocena jakości życia ma szczególne znaczenie kliniczne, ponieważ pozwala w wiarygodny sposób ocenić skutki leczenia oraz pozwala na określenie stopnia powrotu do funkcjonowania w stanie przed zachorowaniem.

W przypadku chorób i dysfunkcji dotyczących zarówno narządów płciowych, jak i w inny sposób naruszających atrakcyjność dla partnera czy partnerki, szczególne miejsce zajmuje ocena jakości życia seksualnego. Ze sferą życia seksualnego wiąże się postrzeganie własnego wyglądu, na co również wpływ ma ocena innych osób [4, 5]. W przypadku leczenia onkologicznego dotyczy ona w szczególności kobiet chorujących na nowotwory narządów płciowych, jak również chorych na raka piersi.

W niniejszym opracowaniu autorzy przedstawiają ocenę wpływu różnych czynników na jakość życia, w szczególności seksualną, takich jak: wiek, rasa, przynależność etniczna, rodzaj zastosowanego leczenia, powikłania po leczeniu, wsparcie najbliższej rodziny, choroby psychiczne i ich terapię. Aby w sposób obiektywny i powtarzalny ocenić jakość życia, również tę związaną z seksualnością, zostały opracowane i ocenione specjalistyczne kwestionariusze omówione w dalszej części niniejszego tekstu.

Narzędzia służące do oceny jakości życia u kobiet chorych na raka piersi

W związku z dużym zróżnicowaniem czynników uwzględnianych w poszczególnych grupach, na potrzebę oceny jakości życia opracowano wiele kwestionariuszy i testów. Część z nich chroniona jest prawem autorskim i korzystać z nich można jedynie za pozwoleniem auto-

rów lub wykupieniem praw do korzystania z kwestionariusza. Kwestionariusze służące do oceny jakości życia dzielą się na ogólne oraz specyficzne. Kwestionariusze ogólne mogą być stosowane do oceny jakości życia u pacjentów z różnymi chorobami, natomiast specyficzne można zastosować tylko do oceny pewnej określonej grupy chorych. W najnowszym piśmiennictwie najczęściej wykorzystywanym kwestionariuszem oceny jakości życia chorych na nowotwory złośliwe jest EORTC QLQ-C30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – 30*). Dla kobiet chorujących na raka piersi opracowano osobny kwestionariusz (QLQ-BR23), który zawiera m.in. pytania dotyczące życia seksualnego [6–11]. Stosowane są również inne narzędzia np. Breast-Q – kwestionariusz zredagowany na potrzeby oceny jakości życia kobiet po rekonstrukcji piersi po zabiegu mastektomii [10, 12], czy też uproszczona wersja EORTC QLQ-C23 zaadaptowana dla populacji chińskiej i koreańskiej FACT-B [13–15].

Do oceny jakości szeroko pojętego życia seksualnego (poza kwestionariuszem QLQ-BR23) służą różne specyficzne kwestionariusze. Poniżej wyszczególniono kwestionariusze należące do najnowszych i najczęściej stosowanych w aktualnych badaniach. Najnowszym kwestionariuszem szczegółowo oceniającym życie seksualne kobiet chorujących na raka jest kwestionariusz SABIS (*the Sexual Adjustment and Body Image Scale*). Został on stworzony do oceny przystosowywania się do życia seksualnego zależnie od możliwości fizycznych i psychicznych kobiety przed operacją z powodu raka piersi i po niej. Służy on również do oceny postrzegania własnego wyglądu. Zwraca się w nim szczególną uwagę na to, jaką rolę w życiu seksualnym kobiety odgrywa wygląd piersi [16]. Jednym z pierwszych kwestionariuszy służącym przede wszystkim do oceny aktywności seksualnej jest BIBCQ (*Body Image After Breast Cancer Questionnaire*) [17]. Często używanym narzędziem do oceny jakości życia jest kwestionariusz SFQ (*Sexual Function Questionnaire*), pozwala on ocenić aktywność seksualną i zainteresowanie stosunkami seksualnymi w ciągu ostatniego miesiąca [18]. Kwestionariusz ASEX (*The Arizona Sexual Experience Scale*) służy do oceny seksualnej jakości życia w wielu jej sferach [19]. Zawiera pytania dotyczące m.in. poziomu libido, stopnia pobudliwości seksualnej i możliwości osiągnięcia orgazmu.

Nieodzowną częścią oceny jakości życia jest ocena stanu zdrowia psychicznego. Służą do tego skale przesiewowe dla depresji, lęku, zaburzeń stresowych pourazowych (*post-traumatic stress disorder* – PTSD). Najczęściej wykorzystywanymi kwestionariuszami przesiewowymi do oceny ryzyka wystąpienia depresji są: kwestionariusz Becka, Skala depresji Hamiltona oraz HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Kwestionariusz Becka jest badaniem przesiewowym pod kątem depresji, stworzonym z myślą o pacjentach oczekujących na swoją kolej przed gabinetem lekarskim. Kwestionariusz ten jest bardzo czułym narzędziem służącym do oceny ryzyka wystąpienia dużego

epizodu depresji. Skala depresji Hamiltona jest narzędziem pomocniczym, którym mogą posługiwać się tylko niektórzy specjaliści (psycholog, psychiatra, osoba mająca certyfikat potwierdzający umiejętność posługiwania się skalą Hamiltona). Posługując się szpitalną skalą depresji i lęku (HADS), można z dużym prawdopodobieństwem wyszczególnić pacjentów z ryzykiem wyższym niż populacyjne wystąpienia napadu paniki bądź pojawienia się epizodu depresji w trakcie pobytu w szpitalu.

Do wyżej wymienionych narzędzi wielu autorów dodaje własnoręcznie skonstruowane kwestionariusze lub ankiety, które powstały na potrzeby poszczególnych badań.

Wpływ wieku, rasy, stanu cywilnego, edukacji na jakość życia

Na jakość życia u kobiet chorych na raka piersi wpływają liczne czynniki – na większość z nich pacjentki nie mają wpływu. Do tych czynników zalicza się m.in. wiek, rasę oraz pochodzenie etniczne. Niektóre z nich okazują się mieć istotne znaczenie w jakości życia pacjentek chorych na raka piersi. W jednym z poglądowych artykułów autorzy z ośrodka badawczego w Atlancie podkreślają wyraźnie gorsze oceny jakości życia wśród pacjentek rasy czarnej, zaznaczając również, że niewiele jest dostępnych badań porównujących jakość życia seksualnego kobiet różnych ras [20]. Dla polskiego czytelnika wpływ rasy na jakość życia seksualnego na chwilę obecną, być może, nie wydaje się istotny ze względu na niskie zróżnicowanie rasowe w Polsce. Prawdopodobnie w przyszłości może mieć to większe znaczenie.

Wielu autorów badań opublikowanych w ciągu ostatnich dziesięciu lat podkreślało istotny związek obniżenia oceny jakości życia seksualnego u kobiet starszych, m.in. dlatego że maleje zainteresowanie tą sferą życia [6, 8]. Ostatnio interesującym zjawiskiem podkreślanym przez wielu autorów jest obniżenie jakości życia seksualnego u pacjentek młodszych leczonych z powodu raka piersi. Prawdopodobnie pacjentki młodsze, ze względu na wyższe zainteresowanie tą sferą życia, wyraźniej dostrzegły zmiany, jakie w niej zachodzą. W jednym z amerykańskich, prospektywnych badań obejmujących kobiety do 50. roku życia wykazano, że częstość uderzeń gorąca, trudności z odbyciem stosunku seksualnego i problemów uroginekologicznych wzrasta wraz z wiekiem. Ogólna ocena jakości życia wśród młodszych kobiet w wyżej opisanej grupie była istotnie niższa od oceny grupy kontrolnej [15]. Inne badanie opublikowane na łamach tego samego czasopisma, dotyczące kobiet chorych na raka piersi poddanych badaniu w pierwszym roku po leczeniu chirurgicznym, również wskazało na niższą jakość życia, szczególnie w sferze seksualnej u młodszych pacjentek [21]. W analizie wieloczynnikowej danych z powyższego badania suchość pochwy i niższe poczucie atrakcyjności dla partnera były najściślej związane z ogólną dysfunkcją seksualnej sfery życio-

wej wśród grupy badanej [21]. W badaniu przeprowadzonym na populacji tureckiej spadek libido był odnotowywany częściej w grupie kobiet przed menopauzą niż po menopauzie [22]. Badanie populacji sudańskiej wykazało również ujemną korelację pomiędzy wiekiem a aktywnością seksualną [23].

Czynniki epidemiologiczne, takie jak edukacja i czas trwania związku partnerskiego, mogą mieć wpływ na seksualny aspekt jakości życia – wspomniane wcześniej badanie populacji sudańskiej wykazało dodatnią korelację pomiędzy zadowoleniem z życia seksualnego u kobiet chorych na raka piersi a wyższym poziomem edukacji oraz czasem trwania związku partnerskiego [23].

Rodzaj leczenia

Leczenie zabiegowe

Niewątpliwym wpływem na jakość życia, w tym seksualną, ma wygląd piersi po operacji. W wielu badaniach autorzy wykazali, że im bardziej rozległy jest zabieg, tym gorsza jest ocena jakości życia. Próbę oceny, czy zakres operacji (mastektomia vs leczenie oszczędzające z limfadenektomią pachową) ma wpływ na jakość życia, w tym seksualnego u kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi, podjęli ginekologzy słoweńscy [24]. W grupie kobiet z wdrożonym leczeniem oszczędzającym znalazło się istotnie więcej osób, które lepiej akceptowały swój wygląd zewnętrzny oraz wyżej oceniali zadowolenie z życia seksualnego. W ramieniu chorych poddanych mastektomii istotnie więcej kobiet zgłaszało częstsze problemy finansowe i niższy status socjoekonomiczny. Wydawałoby się więc, że leczenie oszczędzające ma korzystny wpływ na postrzeganie własnej osoby i jakość życia. Podobny niekorzystny efekt mastektomii wykazali tureccy chirurdzy, w pracy których grupa kobiet poddanych tego typu leczeniu istotnie częściej zgłaszała spadek libido w stosunku do kobiet po leczeniu oszczędzającym [22]. W polskim badaniu obserwacyjnym ponad 80% kobiet po mastektomii podawało niższą niż przed zabiegiem aktywność życiową [25].

W ostatnich latach dużą wagę przywiązywano również do zabiegów rekonstrukcyjnych piersi i ich korzystnego wpływu na poprawę jakości życia, a szczególnie sfery seksualnej. Niektórzy autorzy postanowili zbadać wpływ jednoczesnej vs etapowej rekonstrukcji piersi na seksualną jakość życia [26]. Ueda i wsp. oceniali jakość życia i satysfakcję z zabiegu mastektomii oszczędzającej brodawkę sutkową lub z jednoczesną rekonstrukcją piersi w stosunku do zabiegów oszczędzających i mastektomii bez rekonstrukcji [26]. We wszystkich trzech ramionach badania nie zaobserwowano różnic w stanie ogólnym pacjentek, aktywności społecznej ani w ocenie jakości życia związanej z aktywnością fizyczną. Grupa pacjentek bez wykonanej rekonstrukcji po zabiegu mastektomii istotnie gorzej oceniła swój wygląd zewnętrzny niż pozostałe grupy. Arora i wsp. wykazali, że kobiety w niedalekim okresie po zabiegu mastektomii zdecydowanie gorzej niż pacjentki po tu-

morektomii postrzegały swój wizerunek, a także gorzej funkcjonowały społecznie. W analizie podgrup w powyższym badaniu kobiety po rekonstrukcji piersi miały lepsze samopoczucie niż kobiety po mastektomii bez rekonstrukcji lub po samej tumorektomii [27]. Rowland i wsp. porównywali pod względem jakości życia grupę pacjentek będących po zabiegu mastektomii z jednoczesną rekonstrukcją, mastektomią bez rekonstrukcji i leczeniem oszczędzającym. Grupę obserwowano w dwóch punktach czasowych – rok i 5 lat po zabiegu [28]. Z powyższego badania wynikało, że rekonstrukcja piersi i zabiegi mniej rozległe niż mastektomia zdecydowanie częściej przeprowadzono u młodszych kobiet, zamożnych, mających partnera i minimum średnie wykształcenie. Zauważono również, że kobiety po przeprowadzonej rekonstrukcji częściej podawały, że rozpoznanie raka miało u nich negatywny wpływ na życie seksualne.

Według wyników badań autorów z Nowego Jorku rodzaj wszczepianych implantów (silikonowych vs z soli fizjologicznej) stosowanych do rekonstrukcji piersi mógł mieć znaczenie w ocenie jakości życia wśród chorych na raka piersi [10]. Okazało się, że kobiety z wszczepionymi silikonowymi implantami były bardziej zadowolone zarówno pod względem ogólnym, jak i w sferze seksualnej oraz wyżej oceniały jakość usług medycznych [10].

Leczenie systemowe

W trakcie leczenia systemowego pacjentki są narażone na wiele działań ubocznych i niepożądanych związanych z podawanymi lekami, o bardzo różnym nasileniu i stopniu zagrożenia zdrowia. Wiele z nich wpływa szczególnie na seksualny aspekt jakości życia.

W wielu badaniach podkreślano fakt, że chemioterapia może wiązać się ze znacznym pogorszeniem jakości życia seksualnego [29]. Arora i wsp., badając jakość życia po leczeniu chirurgicznym i systemowym, zaznaczyli, że funkcjonowanie seksualne było istotnie gorsze w podgrupie pacjentek otrzymujących chemioterapię w porównaniu z funkcjonowaniem seksualnym w podgrupie pacjentek leczonych tylko chirurgicznie [27]. Według szwedzkich autorów chemioterapia adiuwantowa u kobiet w okresie pomenopauzalnym nie wpływała na ogólną ocenę jakości życia, poza sferą seksualną [8].

U chorych na raka piersi Mourits i wsp. podjęli próbę oceny wpływu leczenia tamoksyfenem na jakość życia, w tym seksualną, w odniesieniu do rodzaju leczenia systemowego i stanu hormonalnego [30]. Oceniano jakość życia w trakcie terapii i po leczeniu tamoksyfenem rozpoczętym po zakończonym leczeniu chirurgicznym, systemowym (wysokodawkowa chemioterapia vs standardowe dawki) i radioterapii. W trakcie leczenia tamoksyfenem najczęstszym zgłaszanym problemem były uderzenia gorąca (86% całej grupy badanej), zaburzenia snu (55%), zmniejszenie libido (44%) i zaburzenia ze strony układu kostno-szkieletowego (43%). Zauważono, że na zmniejszenie zainteresowania życiem seksualnym wpływa przede

wszystkim suchość w pochwie i dyspareunia. Istotnie częściej powyższe objawy dotyczyły pacjentek otrzymujących wysokodawkową chemioterapię.

Whelan i wsp. oceniali jakość życia pacjentek leczonych letrozolem w porównaniu z placebo po adiuwantowym leczeniu tamoksyfenem, używając do oceny kwestionariusza dla osób po menopauzie [31]. Nie stwierdzono większego wpływu letrozolu na jakość życia, w tym seksualną, w stosunku do grupy przyjmującej placebo.

Malinowszky i wsp. porównywali wpływ wysokodawkowej chemioterapii (ACCOG1) w porównaniu ze standardowymi dawkami na jakość życia, w tym seksualną, pacjentek chorych na raka piersi o wysokim ryzyku nawrotu choroby [11]. Wykazano, że w obu ramionach badania najbardziej wyraźnym skutkiem wywierającym wpływ na ocenę jakości życia w 6. miesiącu po leczeniu był komponent związany z życiem seksualnym, a ściślej z dyskomfortem i obniżeniem poziomu satysfakcji w odbyciu stosunku seksualnego. Ogólna ocena jakości życia po 6 miesiącach była istotnie gorsza u kobiet w grupie poddanej wysokodawkowej chemioterapii, jednak po 12 miesiącach od momentu wdrożenia leczenia jakość życia w obu grupach była podobna.

Łysienie jest jednym z najbardziej widocznych skutków ubocznych leczenia systemowego. Jeden z najnowszych artykułów podejmujących ten problem podkreślał znaczący wpływ ogólnego obniżenia jakości życia w momencie wypadania włosów i wskazywał, że ma ono negatywny wpływ na ocenę własnego wyglądu, sprzyja niższej ocenie własnej wartości oraz poczuciu braku prywatności [32].

Wpływ radioterapii

Izolowany wpływ radioterapii na życie seksualne kobiet leczonych z powodu raka piersi był tematem niewielu publikacji w światowym piśmiennictwie. Prospektywna analiza hiszpańskiego zespołu badawczego, ogólnie oceniającego jakość życia, wskazywała, że zarówno młodsze, jak i starsze kobiety (powyżej 64. roku życia) dobrze tolerują ten rodzaj leczenia. Niemniej jednak grupa pacjentek starszych częściej zgłaszała problemy emocjonalne i seksualne, przeważnie o łagodnym bądź umiarkowanym charakterze. Autorzy niniejszego badania podkreślali, że rodzaj podjętego wcześniej leczenia chirurgicznego był silniejszym czynnikiem wpływającym na zaburzenia emocjonalne i seksualne niż wiek pacjentek [7].

Długoletnie obserwacje

Na jakość życia, w tym na życie seksualne, ma wpływ również czas, jaki upłynął od momentu zakończenia leczenia. W piśmiennictwie znajduje się wiele badań oceniających jakość życia pacjentek leczonych z powodu raka piersi po wielu miesiącach od zakończenia leczenia. Montazeri i wsp. oceniali jakość życia pacjentek leczonych

z powodu raka piersi w momencie zdiagnozowania, 3 miesiące po leczeniu pierwotnym i rok później [33]. Wykazano, że istnieją istotne różnice w jakości życia ocenianego w wyżej wymienionych punktach czasowych. W cytowanym badaniu, pomimo poprawy ogólnego stanu fizycznego, złagodzenia miejscowych dolegliwości ze strony piersi oraz redukcji objawów po leczeniu systemowym, istotnemu pogorszeniu uległo postrzeganie własnego ciała i aktywność seksualna. Arora i wsp. podjęli próbę oceny jakości życia w 1., a następnie w 5. miesiącu po zakończonym leczeniu wśród kobiet z nierozsianym rakiem piersi w wieku do 60 lat. Według autorów niniejszego badania poprawa jakości życia, obniżonej po operacji i chemioterapii, następowała z upływem czasu, jednak seksualna jakość życia pogarszała się stopniowo w miarę upływu czasu [27]. Podobne wyniki opublikowali Fehlauer i wsp. [9]. Autorzy wykazali, że wraz z upływem czasu od momentu zakończenia leczenia, szczególnie w grupie kobiet powyżej 65. roku życia, pogarszała się sprawność fizyczna, aktywność życiowa i seksualna.

Niewiele jest danych dotyczących jakości życia u kobiet z nawrotem raka piersi. Andersen i wsp. podjęli próbę takiej analizy, włączając do badania 60 pacjentek z rozpoznaniem nawrotu choroby i grupę kontrolną kobiet bez nawrotu choroby. Jakość życia oceniano po 4, 8 i 12 miesiącach od rozpoznania nawrotu [34]. W grupie kobiet z nawrotem choroby ogólna jakość życia była znacząco gorsza w porównaniu z grupą kontrolną, szczególnie pod względem aktywności fizycznej. Nie wykazano istotnych różnic pod względem zadowolenia z życia seksualnego pomiędzy dwoma ramionami badania, jednak więcej zaburzeń seksualnych zgłaszały kobiety młodsze.

Wpływ leczenia przeciwdepresyjnego u kobiet z rakiem piersi na życie seksualne

Wśród kobiet leczących się z powodu raka piersi znajduje się pewna grupa osób z rozpoznanymi chorobami psychicznymi. Do najczęstszych należą: epizody depresji, depresja nawracająca, zaburzenia lękowe czy zaburzenie stresowe pourazowe. Okazuje się, że są to powszechnie współwystępujące choroby wśród pacjentek chorych na raka piersi [35], na które szczególnie narażone są pacjentki w pierwszym roku od rozpoznania choroby [36]. Niewątpliwym wpływem na jakość życia seksualnego mają nie tylko wyżej wymienione choroby ale również duża grupa leków przeciwdepresyjnych. Ich najczęstsze działania niepożądane to głównie zaburzenia seksualne (spadek libido, anorgazmia). Leki przeciwdepresyjne są stosowane w leczeniu uderzeń gorąca w trakcie leczenia tamoksyfenem (wenlafaksyna, klonidyna), jednak często kosztem sprzyjania występowaniu zaburzeń seksualnych [37]. Lekiem przeciwdepresyjnym o najmniejszym wpływie na sferę seksualną jest bupropion, który z powodzeniem stosuje się również u pacjentek chorych na raka piersi [19].

Podsumowanie

Według WHO jakość życia jest dobrostanem jednostki przejawiającym się możliwością realizacji swoich zdolności, radzenia sobie ze standardowym stresem, podjęcia wydajnej i produktywnej pracy oraz współuczestnictwa w życiu społecznym. Ocena jakości życia stała się nieodzownym, obok oceny twardych punktów końcowych, elementem kontrolowanych placebo badań klinicznych z randomizacją. Na pogorszenie jakości życia, w tym seksualnego, istotnie wpływa wiek pacjentek. Wśród kobiet starszych maleje zainteresowanie sferą życia seksualnego. Choroby piersi wśród młodszych kobiet mogą jednak bardziej znacząco pogorszyć jakość życia niż u kobiet starszych. Trudno określić jednoznacznie, czy rasa bądź pochodzenie etniczne mają istotny wpływ na ocenę jakości życia u chorych na raka piersi, czynniki te są prawdopodobnie ściśle związane ze statusem socjoekonomicznym. Rodzaj wdrożonego leczenia chirurgicznego ma znaczenie w ocenie jakości życia wśród pacjentek chorych na raka piersi. W wielu badaniach wykazano, że pacjentki, u których wykonano zabiegi oszczędzające oraz którym oferowano możliwość rekonstrukcji, lepiej oceniały jakość życia niż pacjentki po zabiegach bardziej rozległych. Leczenie systemowe – zarówno chemioterapia, jak i hormonoterapia – nie pozostaje bez wpływu na ocenę jakości życia, w tym seksualnego. Obniżenie jakości życia w trakcie leczenia systemowego jest najsilniej związane z objawami ubocznymi i niepożądanymi działaniami leków, tj. wypadaniem włosów, suchością pochwy i ogólnym złym samopoczuciem.

Nie jest znany izolowany wpływ radioterapii na ocenę jakości życia, również w zakresie sfery seksualnej. Najprawdopodobniej ten rodzaj leczenia nie ma aż tak wyraźnego negatywnego wpływu na jakość życia, jak leczenie zabiegowe i systemowe. Uświadomienie sobie przez pacjentkę nawrotu choroby nie pozostaje bez znaczenia w ocenie jakości jej życia. Na obniżenie oceny jakości życia w grupie pacjentek chorych na raka piersi wpływ mają również choroby psychiczne, szczególnie choroby afektywne. Nie należy o nich zapominać chociażby ze względu na częstsze występowanie zaburzeń nastroju w tej grupie chorych niż w populacji ogólnej.

Ocena jakości życia seksualnego jest trudnym zadaniem. W codziennej praktyce klinicznej może być trudna, gdyż nie wspierając się odpowiednimi kwestionariuszami, nie jest łatwo w obiektywny, szybki i powtarzalny sposób ocenić jakość życia, a szczególnie tę jej część należącą do jednej z najbardziej intymnych sfer życia, jakim jest życie seksualne. W chwili obecnej nie są dostępne ustalone algorytmy postępowania w momencie pogorszenia którejkolwiek ze sfer jakości życia. Trudno jest zatem wdrażać skuteczne interwencje odnoszące powtarzalne skutki. Wskazuje to na potrzebę skonstruowania jasnych i prostych wytycznych, a to z kolei wymagać będzie prowadzenia dalszych badań w ocenie jakości życia, jak również w próbach jego poprawy.

Mając na uwadze informacje zawarte w niniejszym artykule, należy informować pacjentki chore na raka piersi o możliwości pogorszenia się jakości życia, w tym seksualnego, w trakcie leczenia i po leczeniu onkologicznym. Być może umożliwi to pacjentkom łatwiejszy i wcześniejszy dostęp do pomocy innych specjalistów, np. psychologów i psychoterapeutów.

Piśmiennictwo

- WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. Data uzyskania danych: 20 kwietnia 2010.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995; 273: 59-65.
- Gajewski, P Jaeschke R Broek J. Podstawy EBM. Medycyna Praktyczna. Kraków 2008.
- Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J* 2008; 14: 176-81.
- Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). Medycyna Praktyczna, Kraków 1999.
- Hopwood P, Haviland J, Mills J, et al. The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: an analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *Breast* 2007; 16: 241-51.
- Arraras JL, Manterola A, Dominguez MA, et al. Impact of radiotherapy on the quality of life of elderly patients with localized breast cancer. A prospective study. *Clin Transl Oncol* 2008; 10: 498-504.
- Browall MM, Ahlberg KM, Persson LO, et al. The impact of age on Health-Related Quality of Life (HRQoL) and symptoms among postmenopausal women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Acta Oncol* 2008; 47: 207-15.
- Fehlauer F, Tribius S, Mehnert A, Rades D. Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Res Treat* 2005; 92: 217-22.
- Macadam SA, Ho AL, Cook EF Jr, et al. Patient satisfaction and health-related quality of life following breast reconstruction: patient-reported outcomes among saline and silicone implant recipients. *Plast Reconstr Surg* 2010; 125: 761-71.
- Malinovsky KM, Gould A, Foster E, et al. Quality of life and sexual function after high-dose or conventional chemotherapy for high-risk breast cancer. *Br J Cancer* 2006; 95: 1626-31.
- Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, et al. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg* 2009; 124: 345-53.
- Wan C, Tang X, Tu XM, et al. Psychometric properties of the simplified Chinese version of the EORTC QLQ-BR53 for measuring quality of life for breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 2007; 105: 187-93.
- Yoo HJ, Ahn SH, Eremenco S, et al. Korean translation and validation of the functional assessment of cancer therapy-breast (FACT-B) scale version 4. *Qual Life Res* 2005; 14: 1627-32.
- Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 3322-30.
- Dalton EJ, Rasmussen VN, Classen CC, et al. Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS): a new measure for breast cancer patients. *Breast J* 2009; 15: 287-90.
- Baxter NN, Goodwin PJ, McLeod RS, et al. Reliability and validity of the body image after breast cancer questionnaire. *Breast J* 2006; 12: 221-32.
- Herbenick D, Reece M, Hollub A, et al. Young female breast cancer survivors: their sexual function and interest in sexual enhancement products and services. *Cancer Nurs* 2008; 31: 417-25.
- Mathias C, Cardeal Mendes CM, Ponde de SE, et al. An open-label, fixed-dose study of bupropion effect on sexual function scores in women treated for breast cancer. *Ann Oncol* 2006; 17: 1792-6.
- Powe BD, Hamilton J, Hancock N, et al. Quality of life of African American cancer survivors. A review of the literature. *Cancer* 2007; 109: 435-45.
- Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2815-21.
- Alicikus ZA, Gorken IB, Sen RC, et al. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori* 2009; 95: 212-8.
- Abasher SM. Sexual health issues in Sudanese women before and during hormonal treatment for breast cancer. *Psychooncology* 2009; 18: 858-65.
- Gorisek B, Krajnc P, Krajnc I. Quality of life and the effect on social status among Slovenian women after breast cancer treatment. *J Int Med Res* 2009; 37: 557-66.
- Chwalczyńska A, Wozniowski M, Rozek-Mroz K, Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad Lek* 2004; 57: 212-6.
- Ueda S, Tamaki Y, Yano K, et al. Cosmetic outcome and patient satisfaction after skin-sparing mastectomy for breast cancer with immediate reconstruction of the breast. *Surgery* 2008; 143: 414-25.
- Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer* 2001; 92: 1288-98.
- Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, et al. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 1422-29.
- Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 2008; 27: 32.
- Mourits MJ, Bockermann I, de Vries EG, et al. Tamoxifen effects on subjective and psychosexual well-being, in a randomised breast cancer study comparing high-dose and standard-dose chemotherapy. *Br J Cancer* 2002; 86: 1546-50.
- Whelan TJ, Goss PE, Ingle JN, et al. Assessment of quality of life in MA17: a randomized, placebo-controlled trial of letrozole after 5 years of tamoxifen in postmenopausal women. *J Clin Oncol* 2005; 23: 6931-40.
- Lemieux J, Maunsell E, Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psychooncology* 2008; 17: 317-28.
- Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, et al. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008; 8: 330.
- Andersen BL, Carpenter KM, Yang HC, Shapiro CL. Sexual well-being among partnered women with breast cancer recurrence. *J Clin Oncol* 2007; 25: 3151-7.
- Hegel MT, Moore CP, Collins ED, et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer* 2006; 107: 2924-31.
- Burgess C, Cornelius V, Love S, et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005; 330: 702.
- Buijs C, Mom CH, Willemsse PH, et al. Venlafaxine versus clonidine for the treatment of hot flashes in breast cancer patients: a double-blind, randomized cross-over study. *Breast Cancer Res Treat* 2009; 115: 573-80.