

Jakość życia i zespoły bólowe u chorych na nowotwory płuc

Quality of life and pain syndromes in lung cancer patients

Wojciech Leppert

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Psychoonkologia 2016; 20 (2): 98–104

DOI: 10.5114/pson.2016.62057

Adres do korespondencji:

Wojciech Leppert
Katedra i Klinika Medycyny
Paliatywnej
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
os. Rusa 55, 61-245 Poznań
tel./faks: +48 61 873 83 03
e-mail: wojciechleppert@wp.pl

Streszczenie

W Polsce rak płuca stanowi najczęstszą lokalizację guza u mężczyzn i trzecią u kobiet oraz pierwszą przyczynę zgonu mężczyzn i kobiet spośród chorób nowotworowych. Ze względu na niekorzystne rokowanie, złe wyniki leczenia, liczne objawy, znaczne obciążenie psychiczne, problemy socjalne i duchowe nowotwory płuc istotnie pogorszą jakość życia (JŻ) chorych i ich rodzin.

Dolegliwości bólowe stanowią częsty objaw nowotworów płuc. Ból może być spowodowany bezpośrednio przez rozwój miejscowy bądź rozsiew nowotworu, pośrednio przez rozwój choroby nowotworowej (zespoły paranowotworowe), leczenie onkologiczne i choroby współistniejące. Zespoły bólowe związane z miejscowym rozwojem guza dotyczą nacieku struktur klatki piersiowej: optucnej, śródpiersia, żeber, nerwów międzyżebrowych i splotu ramiennego. U chorych z rozsiewem nowotworu ból może być spowodowany przerzutami do kości (zwłaszcza do kręgosłupa), narządów trzewnych (najczęściej wątroby i nadnerczy) i mózgowia.

Rozwój zespołów paranowotworowych, m.in. wyniszczenia (zespół anoreksja–kacheksja–astenia) prowadzi do zaników mięśniowych, co sprzyja wystąpieniu przykurczu mięśni, natomiast osteoartropatia przerostowa może być przyczyną bólu stawowo-mięśniowego. Dolegliwości bólowe mogą być wywołane leczeniem przeciwnowotworowym miejscowym (głównie zabiegami otwarcia klatki piersiowej i uszkodzeniem nerwów międzyżebrowych), a także systemowym podaniem cytostatyków, zwłaszcza pochodnych platyny (bolesna polineuropatia obwodowa). Przyczyną dolegliwości bólowych może być rozwój chorób współistniejących, np. zmian zwyrodnieniowych stawów czy osteoporozy. Kaszel z kolei może powodować bądź nasilać ból w klatce piersiowej.

Leczenie bólu u chorych na nowotwory płuc jest oparte na farmakoterapii, która może być uzupełniona technikami interwencyjnymi, co istotnie poprawia JŻ, także dzięki wsparciu psychosocjalnemu i duchowemu chorych i rodzin oraz wdrożeniu modelu zintegrowanej opieki onkologicznej i wspierającej (wczesna opieka paliatywna).

Abstract

In Poland, lung cancer is the most common tumour diagnosed in men and third in women and the first cause of cancer death among both men and women. Due to poor prognosis and unsatisfactory treatment results, numerous symptoms, significant psychological burden, social and spiritual problems, lung tumours significantly decrease patients' and families' quality of life (QOL).

Pain is a frequent symptom in lung tumours. Pain may be induced directly by local growth or dissemination of the tumour, indirectly evoked by cancer – paraneoplastic syndromes, oncological treatment and comorbidities. Local pain syndromes most frequently are induced by infiltration by the tumour thoracic cage structures such as pleura, ribs, intercostal nerves and brachial plexus.

Patients with tumour dissemination may suffer from pain evoked by bone (especially spine), visceral organs (most frequently liver and suprarenal glands) and brain metastases.

Development of paraneoplastic syndromes, among which anorexia-cachexia-asthenia syndrome leads to muscle atrophy, which may contribute to muscle spasm appearance, whereas hypertrophic osteoarthropathy may be a cause of arthralgia and muscle pain. Pain may be induced by oncology local treatment (mainly surgical interventions – thoracotomy and intercostal nerves damage) and systemic cytotoxic drugs administration, especially platinum derivatives (painful peripheral neuropathy). Pain may also be induced by comorbidities such as spondyloarthritis or osteoporosis. Cough may induce or intensify pain in the chest.

Treatment of pain in lung tumour patients is based on pharmacotherapy that may be supplemented with interventional techniques, which may significantly improve patients' QOL also thanks to psychosocial and spiritual support offered to patients and families and introducing integrated model of oncological and supportive/early palliative care.

Słowa kluczowe: ból, jakość życia, leczenie, nowotwory płuc, rak płuca, opieka wspierająca, wczesna opieka paliatywna.
Key words: pain, quality of life, treatment, lung tumours, lung cancer, supportive care, early palliative care.

Wstęp. Jakość życia chorych na nowotwory płuc

Mimo że do tej pory nie zdefiniowano jednoznacznie pojęcia jakości życia (JŻ), wiadomo, że jest odczuciem subiektywnym, w dużej mierze zdeterminowanym przez indywidualne potrzeby, przekonania, wartości i postawy, które często ulegają zmianom w czasie. W naukach medycznych najczęściej spotyka się sformułowane przez Schipper pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health-related quality of life* – HRQOL) [1]. W JŻ uwzględniane są podstawowe obszary funkcjonowania pacjenta: funkcjonowanie fizyczne i sprawność ruchowa, funkcjonowanie emocjonalne, funkcjonowanie społeczne, objawy choroby i skutki leczenia. W globalnej ocenie JŻ uwarunkowanej stanem zdrowia, poza uwzględnieniem objawów choroby i efektów niepożądanych leczenia, ocenie podlega również postawa chorego wobec siebie, własnej choroby i sposób radzenia sobie [2]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) JŻ zdefiniowano jako postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście systemów wartości i kultury, w których żyje, i w odniesieniu do jej celów, oczekiwań i zainteresowań. W zakres pojęcia JŻ wchodzi stan fizyczny, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, środowisko i religia [3].

Przy ocenie JŻ zwraca się szczególną uwagę na konieczność zróżnicowania obiektywnego stanu zdrowia (rozpoznanie choroby, nasilenie objawów, wynikające z nich ograniczenia fizyczne i społeczne) od oceny subiektywnego poczucia JŻ. Przedmiotem badań JŻ nie jest obiektywna ocena

stanu zaawansowania choroby, a raczej subiektywna ocena własnej sytuacji życiowej chorych [4]. Możliwy jest bowiem proces adaptacji, dzięki któremu pacjent zaakceptuje swoją obiektywnie trudną sytuację, dokonując przewartościowania swojego położenia życiowego [5]. Według Calmana JŻ to różnica między nadzieją, oczekiwaniami i doświadczeniami związanymi z obecną sytuacją jednostki. Jest to więc dysproporcja pomiędzy sytuacją idealną a stanem faktycznym (przerwa Calmana – *Calman's gap*) [6]. De Walden-Gałuszko definiuje JŻ jako obraz własnego położenia życiowego w danym okresie. Jest to ocena pewnego fragmentu życia, który się wydarza pomiędzy człowiekiem – podmiotem a otaczającym środowiskiem zewnętrznym i wewnętrznym. Człowiek dokonuje oceny JŻ poprzez porównanie ze standardem zbudowanym na podstawie własnych doświadczeń lub przyjętego systemu wartości bądź przez porównanie z sytuacją innych osób [7]. Według Majkovicza JŻ w sferze duchowej jest oparta na koncepcji V. Frankla poczucia sensu [8]. Leppert definiuje JŻ jako samopoczucie w kontekście objawów choroby, skuteczności i działań niepożądanych leczenia, funkcjonowania fizycznego, sytuacji psychologicznej, społecznej i duchowej pacjentów [9].

Ocena JŻ ma szczególnie znaczenie u chorych na nowotwory, ponieważ stanowi cel leczenia – oprócz, o ile jest to możliwe, dążenia do całkowitego usunięcia nowotworu. Wynika to również ze specyfiki wpływu choroby nowotworowej na wszystkie wymiary życia pacjenta, uwzględniając zaburzenia normalnego funkcjonowania fizyczne-

go (zmniejszenie aktywności związane z postępowaniem choroby i pogorszeniem stanu ogólnego, występowaniem szeregu objawów, działań niepożądanych leczenia i schorzeń współistniejących), emocjonalnego (częste zaburzenia psychiczne: zespoły lękowe i depresyjne), społecznego (unikanie i utrudnione kontakty społeczne z powodu rozwoju choroby, utrata pracy i pozycji społecznej, zmiany ról w rodzinie) i duchowego (niepokój o przyszłość) [10].

Chociaż JŻ jest oceniana we wszystkich nowotworach, szczególną grupę pod tym względem stanowią chorzy na nowotwory płuc [11]. Warto w tym miejscu przytoczyć podstawowe dane epidemiologiczne dotyczące raka płuca. W Polsce w 2012 r. nowotwór płuca rozpoznano u blisko 22 000 chorych, w tym u 15 200 mężczyzn (najczęstszy nowotwór) i u 6700 kobiet (trzecie miejsce pod względem zachorowalności). W tym samym roku stwierdzono ponad 22 600 zgonów z powodu raka płuca, w tym 16 200 mężczyzn (pierwsze miejsce) i ponad 6400 kobiet (pierwsze miejsce). Z powyższych danych wynika, że rak płuca jest nie tylko bardzo częstym guzem, lecz stanowi także pierwszą przyczynę śmiertelności z powodu choroby nowotworowej zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn [12].

Pomimo postępu w leczeniu raka płuca wyniki są złe – zaledwie 15% chorych przeżywa okres 5 lat. Szczególnie złe rokowanie dotyczy chorych na drobnokomórkowego raka płuca (DRP), których czas przeżycia rzadko przekracza 2 lata, a wyleczenie z nowotworu zdarza się jedynie wyjątkowo. Nieco lepsze są wyniki leczenia uzyskiwane u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP), zwłaszcza w I i II stopniu zaawansowania klinicznego, kiedy możliwe jest wykonanie zabiegu chirurgicznego lub radioterapii z założeniem radykalnym; wśród chorych na DRP nieco dłuższy jest czas przeżycia u pacjentów z postacią choroby ograniczoną (*limited disease* – LD) do połowy klatki piersiowej. Niestety u większości chorych w chwili rozpoznania stwierdza się miejscowo zaawansowany (III) lub rozsiany (IV) NDRP bądź postać rozległą (*extensive disease* – ED) DRP, co w zasadzie uniemożliwia wyleczenie chorych i powoduje, że większość pacjentów otrzymuje leczenie przeciwnowotworowe (głównie radioterapię i chemioterapię) z założeniem paliatywnym [13]. U chorych z rozpoznaniem raka gruczołowego i mutacją genu receptora naskórkowego czynnika wzrostu (*epidermal growth factor receptor* – EGFR) stosowane jest leczenie molekularne (inhibitory kinazy tyrozynowej – erlotynib bądź gefitynib), jednak efekty tej terapii nadal pozostają niezadowolające [14].

Najczęstsze objawy występujące u chorych na nowotwory płuc

Rozwojowi raka płuca towarzyszy szereg objawów, jednak ich wystąpienie następuje często z opóźnieniem, dlatego u wielu chorych nowotwór jest rozpoznawany w stadium miejscowego zaawansowania bądź rozsiewu choroby. W miarę postępu procesu nowotworowego nasilenie objawów znacząco wzrasta, co powoduje istotne pogorszenie samopoczucia i JŻ chorych [15]. Dolegliwości mogą być wywołane miejscowym rozwojem guza, rozsiewem nowotworu lub wystąpieniem zespołów paranowotworowych, zwłaszcza u pacjentów z DRP, które niekiedy mogą poprzedzić rozpoznanie choroby nowotworowej.

Do objawów towarzyszących miejscowemu rozwojowi raka płuca zalicza się ból w klatce piersiowej, duszność, kaszel i krwioplucie. Powyższe objawy mogą występować równocześnie, często jeden objaw może powodować wystąpienie bądź nasilać inny, np. kaszel może wywołać lub nasilać ból w klatce piersiowej i uczucie duszności. Przerzuty raka płuca mogą powodować wystąpienie bólu w różnych lokalizacjach – najczęściej w obrębie innego płata tego samego lub drugiego płuca, wątroby, nadnerczy, mózgowia i układzie kostnym [16].

Z kolei zespoły paranowotworowe występujące u chorych na nowotwory płuc to wyniszczenie (anoreksja–kacheksja–astenia), hiperkalcemia, hiponatremia, zespół nieprawidłowego wydzielania hormonu antydiuretycznego (*syndrome of inappropriate antidiuretic hormone hypersecretion* – SIADH), ektopowy zespół Cushinga, osteoartropatia przerostowa i zespół Lamberta-Eatona [17]. Wczesne wykrycie zespołów paranowotworowych może się przyczynić do szybszego rozpoznania raka płuca i – co oczywiste – wcześniejszego wdrożenia właściwego leczenia, które dzięki temu może się okazać bardziej skuteczne. Ponadto efektywne leczenie zespołów paranowotworowych poprawia istotnie JŻ pacjentów [18]. Do częstych problemów u chorych na nowotwory płuc należą również zaburzenia psychiczne, zwłaszcza depresja, którą podawało 33–50% pytanych chorych [19].

W jednym z ostatnio przeprowadzonych badań u 122 chorych z rozpoznaniem NDRP przed zastosowaniem chemoterapii oceniano występowanie objawów przy zastosowaniu kwestionariuszy *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) i *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) [20].

Według kwestionariusza EORTC QLQ-C30 najczęściej obserwowano kaszel (41,7% chorych), duszność (33,9%), zmęczenie (31,9%), bezsenność (30,3%) i ból (21,8%). Średnia wartość ogólnej JŻ

wynosiła 56,9 (SD = 23,5). Funkcjonowanie fizyczne, poznawcze i emocjonalne, bezsenność, biegunka i duszność wykazywały istotny wpływ na JŻ ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przy zastosowaniu ESAS korelowały z powyższymi rezultatami, dlatego ESAS stanowi łatwe do użycia narzędzie przeznaczone do oceny objawów (zakres współczynników korelacji – 0,546–0,865, $p < 0,0001$ dla wszystkich objawów). Tak więc u chorych z zaawansowanym NDRP występują liczne objawy, które istotnie wpływają na HRQOL. Kwestionariusz ESAS stanowi rzetelne narzędzie do oceny objawów, jednak łatwiejsze do zastosowania w porównaniu z EORTC QLQ-C30 [20].

Zespoły bólowe u chorych na nowotwory płuc

Ból u chorych na nowotwory płuc może być związany z miejscowym rozwojem guza w obrębie klatki piersiowej bądź wywołany wystąpieniem przerzutów odległych. Najczęstsze przyczyny bólu u chorych na nowotwory płuc przedstawiono w tabeli 1.

Miejscowy rozwój nowotworu może powodować destrukcję struktur klatki piersiowej. Najczęściej dochodzi do nacieku opłucnej, struktur śródpiersia, ściany klatki piersiowej i splotu ramiennego. Oprócz konsekwencji rozwoju nowotworu, w przypadku chorych po zabiegu otwarcia klatki piersiowej (torakotomii) ból może być spowodowany uszkodzeniem żeber i nerwów międzyżebrowych i wykazuje cechy bólu kostnego i neuropatycznego. Podobnie charakter bólu neuropatycznego stwierdzany jest zwykle w nacieku splotu ramiennego w przebiegu nowotworu zlokalizowanego w szczycie płuca (guz Pancoasta). Zazwyczaj klinicznie obserwuje się bardzo silne dolegliwości bólowe, które promieniują od szyi i okolicy nadobojczykowej poprzez ramię i przedramię do dłoni i palców ręki. Często obserwuje się uczucie drętwienia i mrowienia oraz wrażenia przechodzenia prądu elektrycznego. Lokalizacja dolegliwości jest uzależniona od miejsca nacieku i uszkodzenia splotu ramiennego [21].

Zespoły bólowe związane z przerzutami odległymi raka płuca mogą mieć bardzo różny charakter i nasilenie w zależności od lokalizacji zmian. Największe natężenie cechują przerzuty do układu kostnego, zwłaszcza przy lokalizacji w kręgosłupie. U niektórych chorych zmiany w kanale kręgowym mogą powodować ucisk rdzenia kręgowego, który wymaga pilnej diagnostyki i leczenia. Mniejsze natężenie bólu towarzyszy zazwyczaj zmianom w narządach mięszkowych, takich jak wątroba czy nadnercza. Dość częstą lokalizację zmian przerzutowych, zwłaszcza w DRP i w raku gruczołowym, stanowi mózgowie, co może powodować bóle głowy związane ze wzrostem ciśnienia śródczaszkowego. Bóle okolicy stawów mogą być wywołane osteoartropatią przerostową, natomiast przykurcze mięśni poprzecznie prążkowanych są często związane z rozwojem zespołu anoreksja–kacheksja–astenia [22].

Niezbędny element skutecznego leczenia przeciwbólowego stanowi ocena kliniczna bólu, która powinna uwzględniać jego nasilenie [w skali NRS (*Numeric Rating Scale*): 0 – brak bólu, 10 – ból najsilniejszy] i patomechanizm (ból receptorowy i neuropatyczny). Warto podkreślić, że u większości chorych występuje więcej niż jeden rodzaj bólu, a także często współistnieje ból receptorowy i neuropatyczny, zwłaszcza u pacjentów z bólem kostnym. Ocena bólu powinna być elementem szerszego podejścia, które uwzględnia oszacowanie innych częstych objawów występujących u chorych na nowotwory płuc, szczególnie ze strony układu oddechowego: duszność, kaszel i krwiotłucie. Szczególnie duszność i kaszel stanowią bardzo dokuczliwe objawy, a ich skuteczne leczenie może znacznie poprawić JŻ chorych. Efektywna terapia kaszlu w znacznym stopniu zmniejsza natężenie bólu odczuwanego w klatce piersiowej. Leczenie objawów należy wpisać w szerszy kontekst terapii przeciwnowotworowej oraz wsparcia psychosocjalnego i duchowego chorych i ich rodzin.

Postępowanie przeciwbólowe jest uzależnione od rodzaju bólu. U chorych z bólem receptorowym zazwyczaj z powodzeniem stosowane są leki nieopiodowe bądź „słabe” opioidy lub niskie

Tabela 1. Najczęstsze przyczyny bólu u chorych na nowotwory płuc

Table 1. The most common causes of pain in lung cancer patients

Guz zlokalizowany w klatce piersiowej	Zmiany przerzutowe poza klatką piersiową
naciek opłucnej	kości
naciek ściany klatki piersiowej; żeber, nerwów międzyżebrowych i kręgow w odcinku piersiowym kręgosłupa	wątroba
naciek splotu ramiennego	mózgowie
naciek oskrzeli i śródpiersia	nadnercza
zatorowość płucna	osteoartropatia przerostowa

dawki silnych opioidów. U chorych z komponentem neuropatycznym bólu leczenie jest trudniejsze i zwykle wymaga stosowania wyższych dawek „silnych” opioidów, najczęściej w skojarzeniu z adiuwantami analgetycznymi, głównie lekami przeciwdrgawkowymi nowej generacji (gabapentynoidy, ze względu na wysoką skuteczność najczęściej pregabalina, rzadziej gabapentyna) i przeciwdepresyjnymi – inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (głównie duloksetyna, wenlafaksyna), rzadziej trójpierścieniowymi (amitryptylina, nortryptylina). Niekiedy stosowane są (w warunkach oddziału) leki miejscowo znieczulające – lignokaina, najczęściej we wlewie drogą dożylną. Przy zajęciu nerwów międzyżebrowych pomocne mogą być również blokady.

Warto podkreślić, że preferowanym opioidem u chorych na nowotwory płuc z bólem o niewielkim i umiarkowanym natężeniu jest dihydrokodeina, natomiast u pacjentów z bólem o umiarkowanym i silnym natężeniu – morfina [23]. Wynika to z faktu, iż wymienione opioidy, a zwłaszcza morfina, wykazują nie tylko efekt przeciwbólowy, lecz także są zalecane i skuteczne w łagodzeniu duszności, która stanowi częsty i dokuczliwy objaw współistniejący z bólem u chorych na nowotwory płuc [24]. W ostatnio opublikowanym doniesieniu stwierdzono wysoką skuteczność (zapewnienie skutecznej analgezji u ponad 80% leczonych pacjentów) połączenia oksykodonu z naloksonem podawanego razem z pregabaliną u chorych z rozpoznaniem nowotworu płuca, u których występował ból neuropatyczny [25].

Ból można podzielić ze względu na wzorec czasowy. Ból występujący przez ponad 12 godzin na dobę jest określany jako ból stały (podstawowy), który wymaga regularnego stosowania leków przeciwbólowych, najczęściej opioidów (zwykle morfina bądź oksykodonu) podawanych drogą doustną, najczęściej w postaci preparatów o kontrolowanym uwalnianiu (podawanych co 12 godzin) lub stosowanych drogą podskórną, rzadziej dożylną (tą ostatnią drogą zwykle w warunkach oddziału) co 4–6 godzin [26].

Drugi rodzaj bólu, który występuje nagle i krótkotrwanie (zazwyczaj przez ok. 20–30 minut), określa się mianem bólu przebijającego bądź epizodycznego. W przeciwieństwie do bólu stałego wymaga on doraźnego stosowania leków przeciwbólowych, które szybko złagodzą epizod bólowy – najczęściej podaje się wówczas drogą doustną lub podskórną, rzadziej dożylną (na oddziale) preparaty morfina lub oksykodonu o natychmiastowym uwalnianiu. W ostatnich latach w leczeniu bólu przebijającego częściej stosowane są preparaty fentanylu przezśluzówkowego (drogą donosową, podjęzykową

i podpoliczkową), które zapewniają szybszy efekt przeciwbólowy. Korzyści ze stosowania morfina bądź oksykodonu dotyczą równoczesnego efektu łagodzenia duszności, co w przypadku preparatów fentanylu nie jest jednoznaczne. Wybór terapii bólu przebijającego jest indywidualny, uzależniony również od preferencji pacjenta – istotne, aby chory posiadał zarówno leki podawane stale do leczenia bólu podstawowego, jak i stosowane doraźnie, w razie wystąpienia bólu przebijającego [27].

U chorych z bólem kostnym stosowana jest paliatywna radioterapia. Leczenie farmakologiczne obejmuje najczęściej również opioidy podawane samodzielnie lub z niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ) i/lub glikokortykoidami; ważną rolę odgrywają leki hamujące destrukcję kostną i zmniejszające ryzyko hiperkalcemii, zwłaszcza zoledronian i denosumab, ten ostatni może być stosowany u chorych z zaburzeniami czynności nerek. Ze względu na obecny komponent neuropatyczny w leczeniu bólu kostnego stosowane są również adiuwanty analgetyczne podawane w terapii bólu neuropatycznego, najczęściej pregabalina i/lub lek przeciwdepresyjny (preferowana duloksetyna) [28].

Podstawowe badanie obrazowe u chorych z objawami sugerującymi przerzuty do mózgowia stanowi tomografia komputerowa, natomiast do dokładniejszej oceny służy rezonans magnetyczny. U chorych z przerzutami do mózgowia coraz częściej stosowana jest radioterapia stereotaktyczna, która pozwala na dokładne napromienianie wyższą dawką zmian przerzutowych, przy jednej nieoperacyjnej bądź nielicznych (do 3) zmianach o niewielkich rozmiarach, natomiast przy pojedynczym przerzucie rozważana może być również interwencja neurochirurgiczna [29]. Przy mnogich przerzutach stosuje się najczęściej paliatywne napromienianie całego mózgowia. Leczenie farmakologiczne obejmuje podawanie glikokortykoidów, niekiedy również leków osmotycznych i moczopędnych. Niejednokrotnie zachodzi konieczność stosowania nieopiodowych bądź w przypadku bólu o silnym natężeniu opioidowych leków przeciwbólowych, których miareczkowanie i dawkowanie powinno być jednak bardziej ostrożne w porównaniu z chorymi bez zmian w mózgowiu.

U chorych z objawami ucisku rdzenia kręgowego badaniem obrazowym, które pozwala na ustalenie rozpoznania i zaplanowanie leczenia, jest rezonans magnetyczny. U chorych z uciskiem rdzenia kręgowego leczenie obejmuje najczęściej paliatywną radioterapię, która odgrywa rolę leczenia przyczynowego i równocześnie wykazuje istotny efekt przeciwbólowy, zwłaszcza przy obecności przerzutów w kręgosłupie. W przypadku

obecności pojedynczej zmiany w kręgosłupie piersiowym rozważane są nowsze techniki zabiegowe (cementowanie kręgosłupów) [30].

Skuteczne leczenie bólu i innych objawów wraz ze wsparciem psychosocjalnym i duchowym powinno być zapewniane chorym i rodzinom możliwie wcześnie, na etapie leczenia przyczynowego choroby. Model wczesnej opieki paliatywnej (wspierającej) dla chorych na nowotwory płuc, który testowano w innych krajach, powinien zostać wdrożony w Polsce, zwłaszcza w dużych centrach onkologii, gdzie wyszkoleni członkowie zespołów wielodyscyplinarnych mogą zapewnić zintegrowaną opiekę onkologiczną i paliatywną (wspierającą), co w istotnym stopniu pozwoliłoby na wydłużenie czasu przeżycia i poprawę JŻ chorych i rodzin, a także zwiększyłyby efektywność kosztową opieki [31, 32]. Model zintegrowanej opieki funkcjonuje w ramach wieloletniej współpracy Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej z Katedrą i Kliniką Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, gdzie wykonywane są konsultacje specjalistów medycyny paliatywnej u chorych leczonych na wszystkich oddziałach Katedry Onkologii: Chemioterapii, Ginekologii Onkologicznej i Chirurgii Onkologicznej.

Podsumowanie

Badania JŻ stanowią podstawę subiektywnej oceny stanu chorych na nowotwory. Ocena JŻ jest szczególnie istotna u chorych na nowotwory płuc, które cechuje złe rokowanie, wiele dokuczliwych objawów fizycznych, zaburzenia psychiczne i pogorszenie statusu socjalnego oraz dobrostanu duchowego. Wśród wielu objawów, które w negatywny sposób wpływają na JŻ chorych na nowotwory płuc, należy wymienić ból, którego skuteczne leczenie pozwala – obok efektywnej terapii duszności, kaszlu, zmęczenia i innych dolegliwości – na znaczną poprawę samopoczucia chorych i rodzin. Połączenie kompleksowej opieki wspierającej (paliatywnej) wdrażanej jak najwcześniej z równoległe prowadzoną terapią przyczynową może wpłynąć bardzo pozytywnie na czas przeżycia chorych oraz JŻ pacjentów i opiekunów.

Oświadczenie

Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Shipper H. Quality of life. Principles of the clinical paradigm. *J Psychol Oncol* 1990; 8: 171-185.
- Aaronson NK, Cull A, Kaasa S i wsp. Modułowe postępowanie Europejskiej Organizacji do Badań i Leczenia Raka (EORTC) do oceny jakości życia chorych na nowotwory. Modyfikacja. W: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Meyza J (red.). Centrum Onkologii, Warszawa 1997; str. 13-36.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-1409.
- Kochman D. Koncepcje teoretyczne jakości życia. *Zdr Publ* 2007; 117: 242-248.
- Brzeziński J. Metodologiczny i etyczny kontekst badań nad jakością życia. W: *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Bańka A, Derbis R (red.). UAM Poznań i WSP Częstochowa 1994; str. 11-18.
- Calman KC. Quality of Life in Cancer Patients – an hypothesis. *J Med Ethics* 1984; 10: 124-127.
- De Walden Gałuszko K. Jakość życia – rozważania ogólne. W: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. De Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 13-40.
- Majkovicz M. Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. Rozprawa habilitacyjna. Akademia Medyczna, Gdańsk 2005. *Ann Acad Med Ged* 2005; 35, supl. 2.
- Leppert W, Forycka M, de Walden-Gałuszko K i wsp. Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia* 2014; 18: 17-29.
- Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka Leczenia* 1996; 2: 33-40.
- Leppert W, Turska A, Majkovicz M i wsp. Quality of life in patients with advanced lung cancer treated at home and at a palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Med* 2012; 29: 379-387.
- Zatoński W, Sulkowska U, Didkowska J. Kilka uwag o epidemiologii nowotworów w Polsce. *Nowotwory* 2015; 65: 179-196.
- Jassem J, Krzakowski M, Roszkowski K. i wsp. A phase II study of gemcitabine plus cisplatin in patients with advanced non-small cell lung cancer: clinical outcomes and quality of life. *Lung Cancer* 2002; 35: 73-79.
- Krzakowski M, Jassem J, Dziadziuszko R i wsp. Nowotwory płuca i opłucnej oraz śródpiersia. W: *Krzakowski M, Warzocha K (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Tom I. Via Medica, Gdańsk 2013; str. 69-101.*
- Jassem J, Penrod JR, Goren A i wsp. Caring for relatives with lung cancer in Europe: an evaluation of caregivers' experience. *Qual Life Res* 2015; 24: 2843-2852.
- Dębska G, Milaniak I, Moskal J. Wpływ zmęczenia na jakość życia pacjentów z drobnokomórkowym nowotworem płuc w zależności od cyklu chemioterapii. *Psychoonkologia* 2015; 2: 49-55.
- Potempa M, Jonczyk P, Zalewska-Ziob M. Endokrynologiczne oblicze raka płuca. *Onkol Prakt Klin* 2015; 11: 121-128.
- Krzakowski M. Zespoły paranowotworowe. *Pol Med Paliat* 2002; 1: 57-66.
- Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncol* 2000; 18: 893-903.
- Silvoniemi M, Vasankari T, Löyttyniemi E i wsp. Symptom Assessment for Patients with Non-small Cell Lung Cancer Scheduled for Chemotherapy. *Anticancer Res* 2016; 36: 4123-4128.
- Simmons CP, MacLeod N, Laird BJ. Clinical management of pain in advanced lung cancer. *Clin Med Insights Oncol* 2012; 6: 331-346.
- Mercadante S, Vitranò V. Pain in patients with lung cancer: Pathophysiology and treatment. *Lung Cancer* 2010; 68: 10-15.
- Leppert W, Majkovicz M. Ocena analgezji i objawów niepożądanych tramadolu i dihydrokodeiny o kontrolowanym uwalnia-

- niu u chorych z bólem nowotworowym – na podstawie zmodyfikowanej skali ESAS. *Współcz Onkol* 2008; 12: 246-254.
24. Barnes H, McDonald J, Smallwood N i wsp. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 3: CD011008.
 25. Caraceni A, Davies A, Poulain P i wsp. Guidelines for the Management of Breakthrough Pain in Patients With Cancer. *J Natl Comp Canc Netw* 2013; 11 Suppl 1: S29-S36.
 26. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S i wsp.; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC), on behalf of the European Association for Palliative Care (EAPC). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58-e68.
 27. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S. i wsp. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2015; 14: 162-173.
 28. Halasz LM, Uno H, Hughes M i wsp. Comparative effectiveness of stereotactic radiosurgery versus whole-brain radiation therapy for patients with brain metastases from breast or non-small cell lung cancer. *Cancer* 2016; 122: 2091-2100.
 29. Lei M, Liu Y, Liu S i wsp. Individual strategy for lung cancer patients with metastatic spinal cord compression. *Eur J Surg Oncol* 2016; 42: 728-734.
 30. Yates P, Schofield P, Zhao I i wsp. Supportive and palliative care for lung cancer patients. *J Thorac Dis* 2013; 5 (S5): S623-S628.
 31. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A i wsp. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-742.
 32. De Santis S, Borghesi C, Ricciardi S i wsp. Analgesic effectiveness and tolerability of oral oxycodone/naloxone and pregabalin in patients with lung cancer and neuropathic pain: an observational analysis. *OncoTargets Ther* 2016; 9: 4043-4405.