

Ocena jakości życia chorych na szpiczaka mnogiego – raport wstępny

Quality of life assessment in multiple myeloma patients – preliminary report

Eleonora Mess¹, Maciej Ornat², Tomasz Klaszczyk³, Magdalena Olszewska-Szopa⁴, Lidia Usnarska-Zubkiewicz⁴

¹Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Zakład Histologii i Embriologii, Katedra Morfologii i Embriologii Człowieka, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

³Student V roku Wydziału Psychologii, Uniwersytet Warszawski

⁴Katedra i Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Streszczenie

Wstęp: Szpiczak plazmocytowy jest nowotworem wywodzącym się z plazmocytów i stanowi ok. 10% nowotworów hematologicznych na świecie. Dochodzi w nim do proliferacji zmutowanych klonów plazmocytów. Zamiast prawidłowych przeciwciał produkują one monoklonalne (niefunkcjonujące) immunoglobuliny, które zwiększają lepkość krwi, co może upośledzać krążenie w drobnych naczyniach.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 95 chorych (61 kobiet oraz 34 mężczyzn) leczonych z powodu szpiczaka mnogiego. Średnia wieku wynosiła 62,34 ± 8,52 roku. W pracy zastosowano kwestionariusz oceny sprawności chorych – skalę Karnofsky'ego, skalę do oceny stanu psychicznego chorych – skalę HADS, skalę do samooceny objawów depresji – skalę Zung, oraz skalę do oceny jakości życia pacjentów – skalę MY-20.

Wyniki: Analiza materiału wykazała, że niemal 50% ankietowanych miało wyraźne zaburzenia lękowe, natomiast u prawie 30% występowały wyraźne zaburzenia depresyjne wg skali HADS. Analiza danych uzyskanych dzięki kwestionariuszowi Zung wykazała, że ponad 50% badanych miało objawy depresji o różnym stopniu nasilenia. Stwierdzono również, że wiek istotnie wpływa na występowanie objawów depresji w skali Zung ($p < 0,001$). Pacjenci z większym nasileniem bólu, objawów depresji i niższą ogólną sprawnością skarżyli się na istotnie niższą jakość życia ($p < 0,05$).

Wnioski: Natężenie bólu, a także dolegliwości wielu obszarów wpływają istotnie na obniżenie jakości życia pacjentów. Pogorszenie ogólnej sprawności fizycznej i nasilenie objawów depresji w znacznym stopniu przyczyniają się do obniżenia jakości życia. Pacjenci, u których występuje większe nasilenie objawów depresji, mają też bardziej nasilone objawy choroby oraz bardziej odczuwają skutki uboczne terapii. U starszych pacjentów obserwuje się bardziej nasilone objawy depresji.

Słowa kluczowe: szpiczak mnogi, jakość życia, depresja.

Abstract

Introduction: Multiple myeloma (MM) is a result of abnormal proliferation of plasma cells, and it represents approximately 10% of all new haematological neoplasms. MM is connected with overproduction of abnormal antibodies, which can lead to hyperviscosity syndrome and impaired microvascular circulation.

Material and methods: We report a study of 95 patients (61 women and 34 men) with multiple myeloma. The mean age was 62.34 ± 8.52 years. In the research we used the following questionnaire: a questionnaire of the patient's physical state (the Karnofsky scale), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Zung Self-Rating Depression Scale, and the QLQ-MY20 scale to assess patients' quality of life.

Results: Analysis of results and collected data showed that nearly 50% patients had noticeable anxiety disorders, while almost 30% presented symptoms of depression in the HADS scale. Additionally, analysis of data obtained using the Zung scale revealed that more than 50% of the examined patients had depression symptoms of varying degrees of severity. We indicated significant

correlation between patients' age and depression symptoms in the Zung scale ($p < 0.001$). Patients with more severe pain, depression symptoms, and lower physical state complained of significantly lower quality of life ($p < 0.05$).

Conclusions: Intensity of pain and number of painful areas significantly reduce the quality of life. Reduction of physical state and severity of depression symptoms have a significant negative influence on quality of life. Older patients complain about more severe depression symptoms.

Key words: multiple myeloma, quality of life, depression.

Adres do korespondencji

Maciej Ornat, Zakład Histologii i Embriologii, Katedra Morfologii i Embriologii Człowieka Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Chałubińskiego 6a, 50-368 Wrocław, e-mail: maciekornat1@wp.pl

WSTĘP

Szpiczak plazmocytowy stanowi ok. 10% nowotworów hematologicznych na świecie. Częstość jego występowania w Europie szacuje się na 5 przypadków/100 000 mieszkańców/rok. Zachorowanie odnotowuje się zazwyczaj po 50. roku życia i jego ryzyko wzrasta z wiekiem [1].

Szpiczak plazmocytowy jest nowotworem wywodzącym się z plazmocytów. Są one odpowiedzialne za produkcję immunoglobulin i uczestniczą w odpowiedzi humoralnej. W kontakcie z jednym antygenem prawidłowe plazmocyty produkują immunoglobuliny wszystkich klas (np. IgG, IgA, IgM), w wyniku czego powstaje hipergammaglobulinemia poliklonalna. Na skutek złośliwej transformacji plazmocyty produkują immunoglobulinę jednej klasy (np. tylko IgG lub tylko IgA), co określa się mianem hipergammaglobulinemii monoklonalnej. Do triady objawów klasycznego szpiczaka zalicza się: rozrost plazmocytów w szpiku (i związane z tym objawy wyparcia prawidłowych linii szpikowych, np. niedokrwistość), zmiany reologiczne krwi w konsekwencji nadmiaru immunoglobuliny monoklonalnej (w tym niewydolność nerek) i obecność zmian osteolitycznych, co wiąże się z nadmiernym pobudzeniem osteoklastów [2].

Ból kości to najczęściej obserwowany objaw szpiczaka. Zgodnie z danymi literaturowymi pojawia się u ok. 70% pacjentów. Kości są intensywnie unerwione przez włókna czuciowe, zniszczenie ich struktury powoduje więc ból. Obecność nowotworu w tkance kostnej zwiększa dodatkowo stężenie jonów H^+ , które są mediatorami w procesie powstawania bólu. W wyniku choroby pojawiają się zmiany osteolityczne, a w konsekwencji może dochodzić do złamań patologicznych, co nasila ból. W przypadku lokalizacji w kręgosłupie ucisk uszkodzonych kręgów na rdzeń kręgowy wywołuje dodatkowe dolegliwości [3, 4]. Ból znacznie ogranicza aktywność chorych i nasila zaburzenia nastroju. Zwykle ból kostny ulega stopniowemu zmniejszeniu pod wpływem

terapii przeciwnowotworowej. Ustąpienie zmian w kościach, a co za tym idzie bólu, przyspiesza podawanie bisfosfonianów. Często konieczne jest też stosowanie leków przeciwbólowych, a w niektórych sytuacjach przeprowadza się zabiegi chirurgiczne lub paliatywną radioterapię [2, 5]. Pewną rolę w łagodzeniu objawów bólowych w przebiegu chorób nowotworowych może odgrywać wdrożenie technik psychoterapeutycznych [6].

Inną ważną odmianą bólu jest ten o charakterze neuropatycznym. Jego przyczyną są uszkodzenia komórek nerwowych spowodowane zarówno przez samą chorobę, jak i przez stosowaną terapię. W chwili rozpoznania objawy polineuropatii stwierdza się u co najmniej 13% pacjentów. Niektóre leki, jak talidomid lub bortezomib, mogą przejściowo lub na stałe niszczyć włókna nerwowe [7, 8]. Rolę w tym procesie odgrywają najprawdopodobniej zmiany środowiska cytokinowego oraz zahamowanie angiogenezy wywołane przez te substancje [8, 9]. Wśród środków stosowanych do łagodzenia polineuropatii, poza typowymi lekami przeciwbólowymi, wymienia się leki przeciwdepresyjne oraz przeciwpadaczkowe.

Mimo postępu w medycynie szpiczak jest wciąż uważany za chorobę nieuleczalną. Po kolejnych nawrotach – mimo przejściowego braku aktywności szpiczaka – często pozostają objawy uszkodzenia układu nerwowego i kostnego wynikające z samej choroby i jej leczenia. Negatywne następstwa szpiczaka i terapii doprowadzają stopniowo (choć tempo jest indywidualne) do inwalidyzacji pacjentów.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu. Wzięło w nich udział 95 chorych (61 kobiet oraz 34 mężczyzn) leczonych z powodu szpiczaka mnogiego.

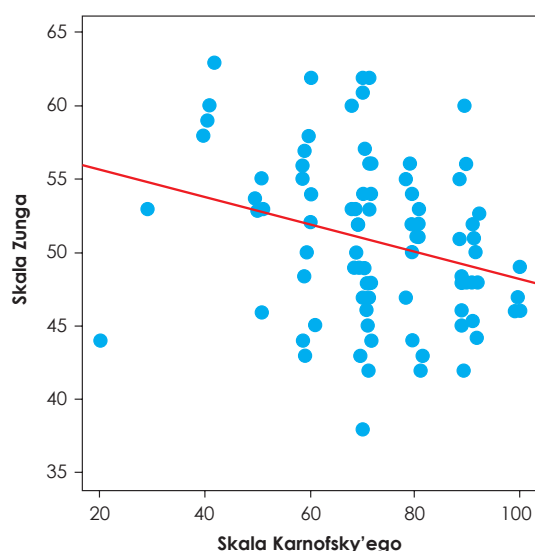
Średnia wieku wynosiła $62,34 \pm 8,52$ roku, natomiast średni czas trwania choroby $8,22 \pm 4,17$ roku. Wyniki badań zebrano w latach 2017–2018.

W pracy zastosowano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz oceny sprawności chorych – skalę Karnofsky’ego, skalę do oceny stanu psychicznego chorych – skalę HADS, skalę do samooceny objawów depresji – skalę Zunga, oraz skalę do oceny jakości życia pacjentów – skalę MY-20. Uzyskane wyniki skorelowano ponadto z danymi klinicznymi pacjentów (wiek, płeć, odpowiedź na leczenie, nasilenie odczuwanego bólu, lokalizacja największego nasilenia bólu).

W analizie statystycznej zastosowano testy Shapiro-Wilka, Manna-Whitneya oraz korelacji rangowej Spearmana. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $< 0,05$. Analiza została przeprowadzona przy użyciu programu „R” (R Core Team).

Tabela 1. Wyniki skali HADS oraz skali Zunga

| Interpretacja | | n | % |
|---------------------------------------|----------------------|----|-------|
| Skala HADS – lęk (punkty) | | | |
| 0–7 | brak zaburzeń | 25 | 26,60 |
| 8–10 | stan graniczny | 24 | 25,53 |
| 11–21 | wyraźne zaburzenia | 45 | 47,87 |
| Skala HADS – depresja (punkty) | | | |
| 0–7 | brak zaburzeń | 21 | 22,34 |
| 8–10 | stan graniczny | 45 | 47,87 |
| 11–21 | wyraźne zaburzenia | 28 | 29,79 |
| Skala Zunga (punkty) | | | |
| < 50 | brak depresji | 42 | 44,68 |
| 50–59 | łagodna depresja | 44 | 46,81 |
| 60–69 | umiarkowana depresja | 8 | 8,51 |
| ≥ 70 | ciężka depresja | 0 | 0 |



Ryc. 1. Zależność pomiędzy skalą Zunga i skalą Karnofsky’ego

Badanie było współfinansowane ze środków statutowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w ramach realizacji projektu: „Ocena jakości życia przy zastosowaniu kwestionariusza MY-20 u chorych na szpiczaka mnogiego”, którego kierownikiem jest dr n. med. Eleonora Mess.

WYNIKI

Analiza danych zebranych za pomocą skali Karnofsky’ego wykazała, że średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych wynosiła 72,66 ($SD = 15,94$) na 100 możliwych. Oznacza to, że przeciętnie stan pacjentów można było określić jako „stan niemożności wykonywania pracy lub prawidłowej aktywności przy zachowanej zdolności do samoobsługi”. Wykazano również, że zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć i wiek, nie mają istotnego wpływu na poziom sprawności ($p > 0,05$).

Na podstawie analizy zgromadzonego materiału stwierdzono, że 47,87% ankietowanych miało wyraźne zaburzenia lękowe, natomiast 29,79% – wyraźne zaburzenia depresyjne wg skali HADS. Analiza danych uzyskanych na podstawie kwestionariusza Zunga wykazała, że ponad 50% badanych miało objawy depresji o różnym stopniu nasilenia. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 2. Rozkład lokalizacji dolegliwości bólowych w badanej grupie pacjentów

| Lokalizacja bólu | n | % |
|----------------------------|----|-------|
| kręgosłup | 44 | 46,32 |
| miednica | 25 | 26,32 |
| barki | 27 | 28,42 |
| ramiona | 14 | 14,74 |
| przedramiona | 12 | 12,63 |
| ból neuropatyczny dłoni | 11 | 11,58 |
| uda | 9 | 9,47 |
| podudzia | 24 | 25,26 |
| ból neuropatyczny stóp | 26 | 27,37 |
| czaszka | 8 | 8,42 |
| klatka piersiowa, żebra | 9 | 9,47 |
| kolana (bez ud i podudzi) | 21 | 22,11 |
| szyja | 9 | 9,47 |
| łędźwia | 21 | 22,11 |
| plecy | 8 | 8,42 |
| brzuch | 3 | 3,16 |
| twarz | 4 | 4,21 |
| kości (bez podudzi i stóp) | 26 | 27,37 |
| łopatka | 5 | 5,26 |
| żuchwa | 2 | 2,11 |

Tabela 3. Wyniki kwestionariusza QLQ-MY20

| Skala | n | Średnia | SD | Mediana | Min. | Max. | Q1 | Q3 |
|--------------------------|----|---------|-------|---------|------|-------|-------|-------|
| objawy choroby | 95 | 35,98 | 24,97 | 33,33 | 0 | 88,89 | 13,89 | 55,56 |
| skutki uboczne terapii | 95 | 39,33 | 17,75 | 36,67 | 3,33 | 83,33 | 26,67 | 53,33 |
| postrzeganie przyszłości | 95 | 53,68 | 20,48 | 55,56 | 0 | 100 | 44,44 | 66,67 |
| obraz własnego ciała | 95 | 52,63 | 31,35 | 33,33 | 0 | 100 | 33,33 | 66,67 |

Z badań wynika, że wiek ma istotny wpływ na występowanie objawów depresji w skali Zunga ($\rho = 0,415$, $p < 0,001$) – oznacza to, że im starszy wiek, tym większe nasilenie objawów. Płeć nie miała wpływu na nasilenie objawów depresji ($p > 0,05$), wykazano natomiast istnienie zależności pomiędzy poziomem sprawności a nasileniem objawów depresji w skali Zunga ($\rho = -0,284$, $p = 0,006$), co oznacza, że im wyższy poziom sprawności pacjenta wg skali Karnofsky'ego, tym niższy wynik na skali Zunga (słabsze objawy depresyjne) (ryc. 1).

Najczęstszym miejscem występowania dolegliwości bólowych u pacjentów był kręgosłup (46,3%). Chorzy zgłaszali również ból w okolicach barków (26,3%) i miednicy (26,3%) oraz ból neuropatyczny stóp (27,4%) (tab. 2). Z kolei najmniejsze dolegliwości bólowe zlokalizowane były w rejonie żuchwy (2,11%), brzucha (3,2%), twarzy (4,3%) i łopatek (5,3%). Wykazano także, że największy odsetek pacjentów odczuwał ból w jednym lub w trzech miejscach (ok. 17%).

Średnie nasilenie bólu dla całej badanej grupy wynosiło 4,11 pkt w skali 0–10 ($SD = 3,08$). Stwierdzono, że nasilenie bólu nie jest zależne od cech socjodemograficznych, takich jak wiek czy płeć ($p > 0,05$). U kobiet zaobserwowano jednak występowanie istotnie statystycznie większej liczby miejsc, w których występuje ból ($p = 0,006$). Wykazano też istnienie zależności pomiędzy nasileniem bólu a poziomem sprawności oraz występowaniem objawów depresji wg skali Zunga – pacjenci, którzy zgłaszali większe nasilenie bólu, charakteryzowali się niższym stopniem sprawności ($\rho = -0,316$, $p = 0,002$) oraz większym nasileniem objawów depresji ($\rho = 0,266$, $p = 0,009$). Stwierdzono ponadto, że im większa liczba lokalizacji bólu, tym niższy poziom sprawności pacjenta ($\rho = -0,213$, $p = 0,036$) oraz większe nasilenie objawów depresji w skali Zunga ($\rho = 0,394$, $p < 0,001$).

Analiza danych uzyskanych dzięki kwestionariuszowi QLQ-MY20 wykazała, że na skali symptomów pacjenci silniej odczuwali skutki uboczne terapii niż objawy choroby. Natomiast na skalach funkcjonalnych chorzy nieco lepiej postrzegali swoją przyszłość niż swoje ciało (tab. 3).

Wyniki sugerują, że poziom sprawności wg skali Karnofsky'ego oddziałuje istotnie na jakość życia chorych na szpiczaka w 3 z 4 skal (p < 0,05). Pacjenci

Tabela 4. Wyniki skali Karnofsky'ego

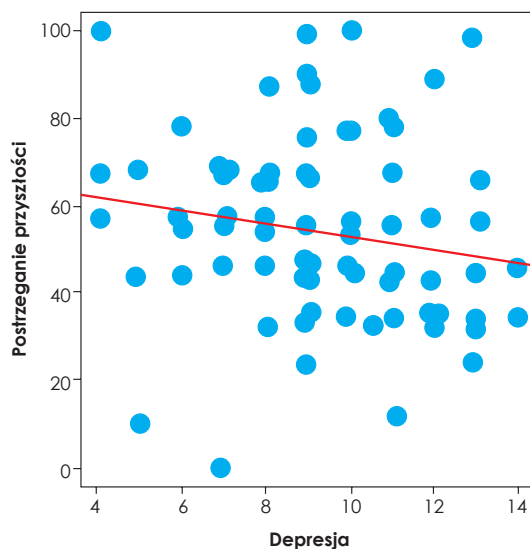
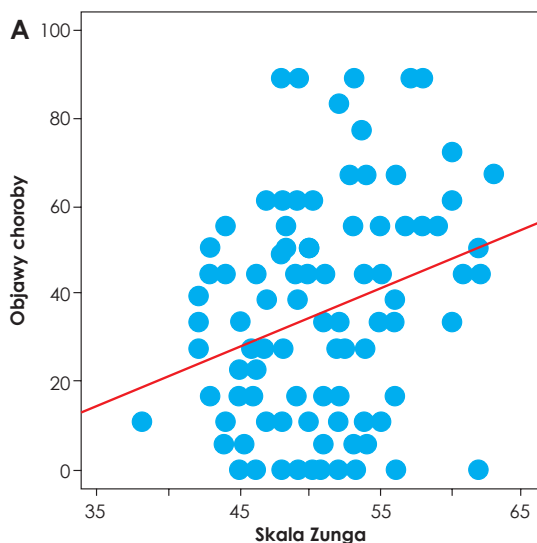
| Skala | Zależność z poziomem sprawności | | |
|--------------------------|---------------------------------|---------|---------------------|
| | Współczynnik korelacji | p | Kierunek zależności |
| Objawy choroby | -0,39 | < 0,001 | ujemny |
| Skutki uboczne terapii | -0,401 | < 0,001 | ujemny |
| Postrzeganie przyszłości | 0,257 | 0,012 | dodatni |
| Obraz własnego ciała | 0,178 | 0,085 | – |

charakteryzujący się wyższym poziomem sprawności odczuwali mniejsze nasilenie objawów choroby oraz skutków ubocznych terapii, a także lepiej postrzegali własną przyszłość (tab. 4).

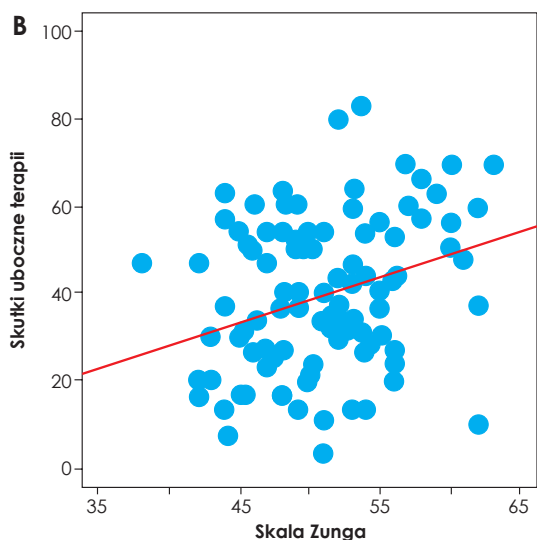
Poziom nasilenia objawów depresji wg skali Zunga w istotny sposób oddziałuje na jakość życia w 2 z 4 skal kwestionariusza QLQ-MY20. Pacjenci, u których występuje większe nasilenie objawów depresji, charakteryzują się większym nasileniem objawów choroby ($\rho = 0,276$, $p = 0,007$) oraz skutków ubocznych terapii ($\rho = 0,311$, $p = 0,002$) (ryc. 2). Natomiast u pacjentów, u których występuje większe nasilenie objawów depresji wg skali HADS, stwierdza się gorszą jakość życia w podskali „postrzeganie przyszłości” ($\rho = -0,255$, $p = 0,013$) (ryc. 3).

Poziom nasilenia bólu oddziałuje w sposób istotny na jakość życia w 3 z 4 skal. Pacjenci z większym nasileniem bólu mają też bardziej nasilone objawy choroby ($\rho = 0,652$, $p < 0,001$) oraz silniej odczuwają skutki uboczne terapii ($\rho = 0,541$, $p < 0,001$) (ryc. 4). Wykazano również, że u pacjentów, u których występuje większe nasilenie bólu, obserwuje się gorszą jakość życia w podskali „obraz własnego ciała” ($\rho = -0,329$, $p = 0,001$) (ryc. 5).

Stwierdzono ponadto, że liczba lokalizacji bólu oddziałuje istotnie na poziom jakości życia w 3 z 4 podskal. Pacjenci zgłaszający większą liczbę miejsc objętych bólem mają bardziej nasilone objawy choroby ($\rho = 0,608$, $p < 0,001$) oraz silniej odczuwają skutki uboczne terapii ($\rho = 0,471$, $p < 0,001$) (ryc. 6). Wykazano, że u pacjentów, u których większa liczba miejsc jest objętych bólem, stwierdza się gorszą jakość życia w podskali „obraz własnego ciała” ($\rho = -0,254$, $p = 0,013$) (ryc. 7).



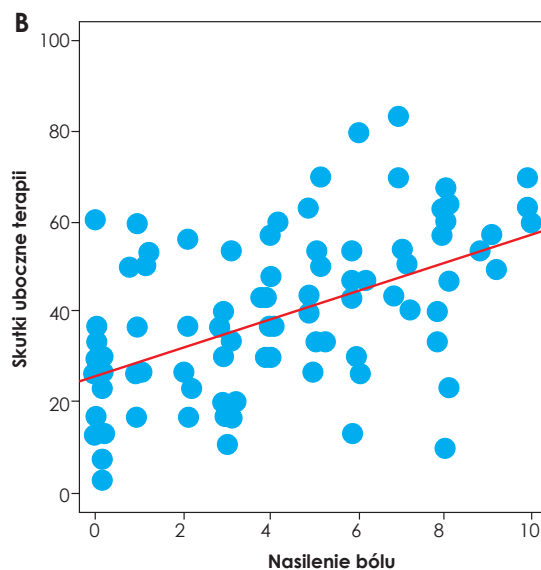
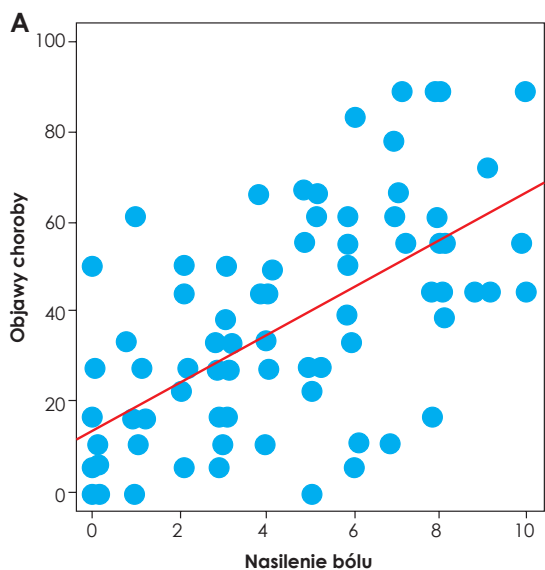
Ryc. 3. Zależność między objawami depresji w skali HADS a postrzeganiem przyszłości w kwestionariuszu QLQ-MY20



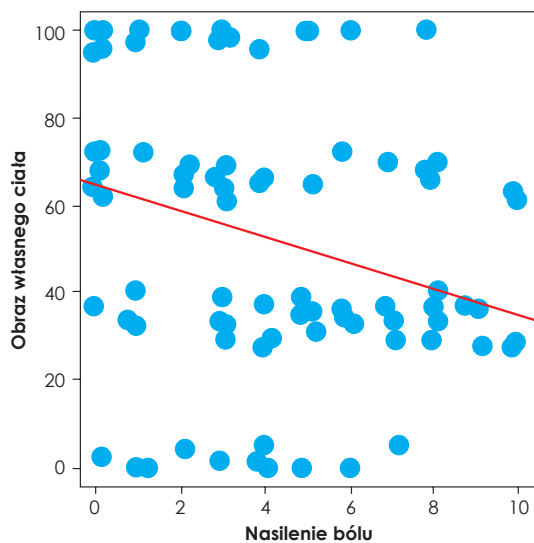
DYSKUSJA

Uważa się, że objawy choroby nowotworowej oraz efekty uboczne stosowanego leczenia bardzo często współwystępują ze sobą w tzw. klastrach objawów (*symptom clusters*). Wśród najczęściej spotykanych objawów wymienia się ból, zaburzenia lękowo-depresyjne, toksyczność związaną z leczeniem choroby nowotworowej oraz nudności i wymioty [10]. Należy podkreślić, że znaczna część pacjentów objętych badaniem skarżyła się na objawy bólowe i wykazywała zaburzenia lękowo-depresyjne skutkujące obniżeniem jakości życia. Bardziej niż uciążliwość choroby podstawowej chorzy podkreślali również negatywne aspekty stosowanej terapii. Pozwala to sądzić, że występuje tu opisywany powyżej klaster objawów.

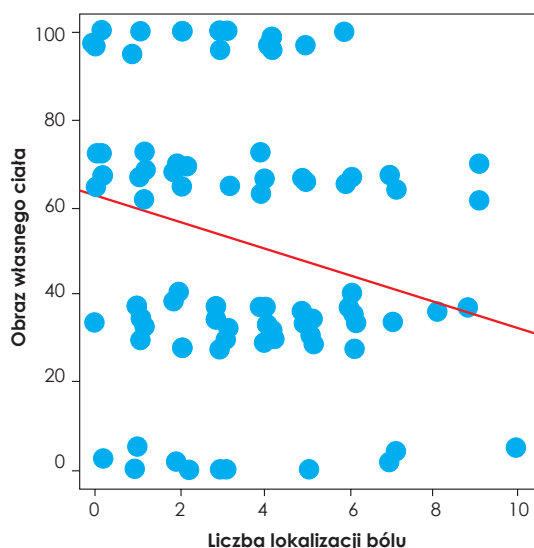
Ryc. 2. Zależność pomiędzy objawami depresji w skali Zungu a objawami choroby i skutkami ubocznymi terapii w kwestionariuszu QLQ-MY20



Ryc. 4. Zależność między nasileniem bólu w skali ESAS a objawami choroby oraz skutkami ubocznymi terapii w kwestionariuszu QLQ-MY20

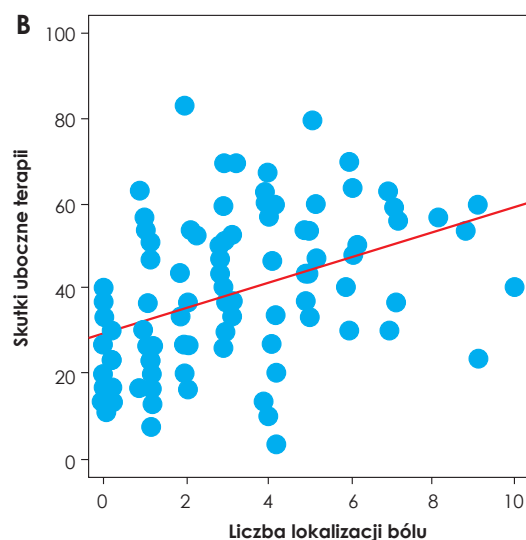
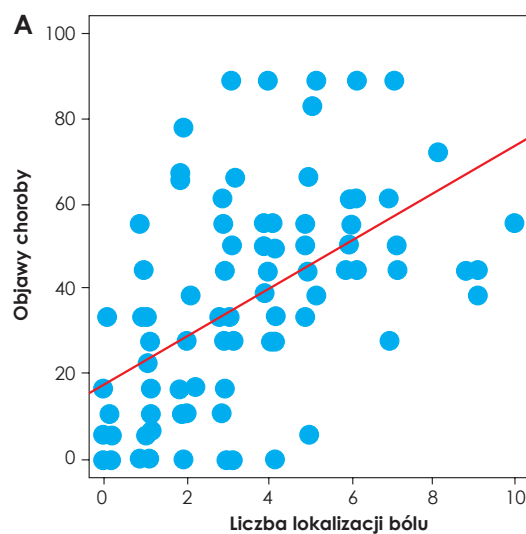


Ryc. 5. Zależność między nasileniem bólu w skali ESAS a obrazem własnego ciała w kwestionariuszu QLQ-MY20



Ryc. 7. Zależność między liczbą lokalizacji bólu a obrazem własnego ciała w kwestionariuszu QLQ-MY20

Ból stanowi jeden z najczęstszych objawów w szpiczaku mnogim i jest związany przede wszystkim z destrukcją tkanki kostnej oraz naciekiem włókien nerwowych. Problematyka bólu odczuwanego przez pacjentów ze szpiczakiem jest klinicznie bardzo istotnym zagadnieniem, ponieważ większość chorych skarży się na dolegliwości bólowe. W świetle dostępnej literatury ból w chorobach nowotworowych występuje średnio u 53% pacjentów, natomiast w zaawansowanych przypadkach u 64% pacjentów [11]. W przypadku szpiczaka mnogiego nawet ponad 70% pacjentów skarży się na dolegliwości bólowe o różnym nasileniu. Jako najczęstszą lokalizację bólu w przeprowadzonym badaniu pacjenci wskazywali kolejno kręgosłup, miednicę, barki i ramiona, co znajduje odzwierciedlenie w dostępnej literaturze, w której jako najczęstszą lokalizację odczuwanych dolegliwości bólowych u pacjentów ze szpiczakiem



Ryc. 6. Zależność między liczbą lokalizacji bólu a nasileniem objawów choroby oraz skutkami ubocznymi terapii w kwestionariuszu QLQ-MY20

mnogim podaje się kręgosłup, a zwłaszcza odcinek lędźwiowy [12].

Dolegliwości bólowe oddziaływały niekorzystnie na poziom sprawności pacjentów, a także skutkowały pogorszeniem jakości życia i nasileniem objawów depresji oraz zaburzeń nastroju. Podobne obserwacje poczyniły inne grupy badawcze, które uzyskały tożsame wnioski mówiące o niekorzystnym wpływie bólu pacjentów ze szpiczakiem mnogim na ich codzienne funkcjonowanie [13].

Uzyskane rezultaty wskazują na obniżoną sprawność w grupie pacjentów z rozpoznaniem szpiczakiem mnogim. Chorzy oceniali swój stan na skali Karnofsky'ego jako niepozwalający na wykonywanie pracy lub prawidłowej aktywności przy zachowanej zdolności do samoobsługi. Poziom sprawności pacjentów miał istotny wpływ na pogorszenie ich ogólnej jakości życia oraz nasilenie objawów

depresji. Dostępna literatura wskazuje na znacznie obniżoną aktywność fizyczną pacjentów ze szpiczakiem mnogim oraz sugeruje celowość podjęcia działań mających na celu właściwe zmobilizowanie chorych, a także przełamywanie barier skutkujących ograniczeniem ich aktywności [14]. Rodzaj oraz natężenie aktywności fizycznej powinny być dobrane do potrzeb i preferencji pacjentów [15].

Badania przeprowadzone w Jordanii wykazały, że pacjenci z chorobami nowotworowymi mają niższą jakość życia w porównaniu z populacją ogólną. Ponadto największe obniżenie jakości życia dotyczyło grupy chorych poddawanych intensywnemu leczeniu przeciwnowotworowemu, tj. radioterapii lub chemioterapii [16]. Podobne rezultaty uzyskano w niniejszej pracy – pacjenci zgłaszali, że silniej odczuwają negatywne skutki terapii niż objawy choroby podstawowej. Proces leczniczy z zastosowaniem radioterapii i chemioterapii wiąże się z licznymi skutkami ubocznymi, co jest często dla pacjentów bardzo uciążliwe i nierzadko skutkuje rezygnacją z dalszej terapii. Zawsze w miarę możliwości należy podejmować próby złagodzenia negatywnych efektów leczenia, a najważniejszym postępowaniem jest zapobieganie ich wystąpieniu (poprzez stosowanie leczenia wspomagającego, właściwie dobraną dietę, regularne kontrole lekarskie czy aktywność fizyczną).

Niemal połowa pacjentów wykazywała zaburzenia lękowe, a co trzeci wyraźne objawy depresyjne. Problematyka zaburzeń lękowo-depresyjnych w przebiegu chorób nowotworowych jest zjawiskiem powszechnie znanym i opisywanym [17]. Także w przypadku szpiczaka mnogiego podkreśla się wyraźne zaburzenia stanu psychicznego, związane zarówno z odczuwanymi dolegliwościami bólowymi, jak i zaburzeniami snu oraz skutkami prowadzonego leczenia [13]. Uzyskane wyniki wskazują, że nasilenie objawów depresyjnych jest większe w grupie osób starszych. Być może ma to związek ze sposobem leczenia szpiczaka mnogiego (pacjenci młodszy częściej poddawani są intensywnemu leczeniu niż osoby w podeszłym wieku, co przekłada się bezpośrednio na spodziewane rezultaty) [1] lub wynika z zaawansowanego wieku i powszechnej wielochorobowości w grupie osób starszych.

Pacjenci ze szpiczakiem mnogim prezentują szerokie spektrum objawów klinicznych. Wielu chorych cierpi z powodu dolegliwości bólowych, które mają bezpośredni wpływ na obniżenie sprawności fizycznej, a także wystąpienie zaburzeń lękowo-depresyjnych oraz obniżenie ogólnej jakości życia. Należy zadbać o właściwe leczenie bólu, aby zapewnić chorym komfort nie tylko fizyczny, ale i psychiczny. Mając na uwadze zjawisko współwystępowania objawów (klaster objawów), do leczenia pacjentów należy podchodzić holistycznie, z uwzględnieniem

zarówno objawów somatycznych, jak i dolegliwości psychicznych.

WNIOSKI

Wykazano, że wiek istotnie oddziałuje na występowanie objawów depresji u pacjentów ze szpiczakiem mnogim. Nie stwierdzono związku między zmiennymi socjodemograficznymi, takimi jak płeć i wiek, a poziomem sprawności badanych.

Pacjenci najczęściej odczuwali ból w jednym lub w trzech miejscach. Najczęstszym miejscem występowania dolegliwości bólowych był kręgosłup. Pacjenci, którzy zgłaszali większe nasilenie bólu, charakteryzowali się niższym stopniem sprawności oraz większym nasileniem objawów depresji.

Poziom sprawności ma istotny wpływ na jakość życia chorych ze szpiczakiem mnogim. Pacjenci z większym nasileniem objawów depresji charakteryzują się też większym nasileniem objawów choroby oraz skutków ubocznych terapii. Wykazano również, że czynnikami istotnie oddziałującymi na jakość życia pacjentów są większe nasilenie bólu i większa liczba jego lokalizacji.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

- Moreau P, San Miguel J, Sonneveld P i wsp. Multiple myeloma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017; 28: 52-61.
- Dmoszyńska A, Usnarska-Zubkiewicz L, Walewski J i wsp. Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej dotyczące rozpoznawania i leczenia szpiczaka plazmocytoowego oraz innych dyskracji plazmocytoowych na rok 2017. *Acta Haematol Pol* 2017; 48: 55-103.
- Hiasa M, Okui T, Allette M i wsp. Bone pain induced by multiple myeloma is reduced by targeting V-ATPase and ASIC3. *Cancer Res* 2017; 77: 1283-1295.
- Roodman G. Mechanisms of bone lesions in myeloma and lymphoma. *Cancer* 1997; 80: 1557-1563.
- Nicola P, Tendas A, Scaramucci L i wsp. Pain in blood cancers. *Indian J Palliat Care* 2011; 17: 175-183.
- Malinowska K, Zasowska-Nowak A, Andrysiewicz A. The complex problem of pain management in patients with advanced cancer disease addicted to alcohol – the psychotherapist's perspective. *Med Paliat* 2018; 10: 88-93.
- Bilińska M, Usnarska-Zubkiewicz L, Dmoszyńska A. Polineuropatia wywołana talidomidem i bortezomibem u chorych na szpiczaka mnogiego, możliwości leczenia bólu neuropatycznego. *Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej. Wspolcz Onkol* 2008; 12: 441-446.
- Sonneveld P, Jongen J. Dealing with neuropathy in plasma-cell dyscrasias. *ASH Education Book* 2010; 1: 423-430.
- Grammatico S, Cesini L, Petrucci M. Managing treatment-related peripheral neuropathy in patients with multiple myeloma. *Blood Lymphat Cancer* 2016; 6: 37-47.

10. Matzka M, Köck-Hódi S, Jahn P i wsp. Relationship among symptom clusters, quality of life, and treatment-specific optimism in patients with cancer. *Support Care Cancer* 2018; 26: 2685-2693.
11. Kocot-Kępska M. Rodzaje bólu. W: *Neurologia, znieczulenie regionalne i terapia bólu*. Andres J, Dobrogowski J (red.). Ośrodek Regionalny CEEA w Krakowie, Kraków 2011; 239-253.
12. Shah D, Selter K. Multiple Myeloma Clinical Presentation. E-medicine from WebMD; dostępna na: <https://emedicine.medscape.com/article/204369-clinical> (dostęp: 23.01.2019).
13. Coleman E, Goodwin J, Coon S i wsp. Fatigue, sleep, pain, mood, and performance status in patients with multiple myeloma. *Cancer Nurs* 2011; 34: 219-227.
14. Craike M, Hose K i Livingston P. Physical activity participation and barriers for people with multiple myeloma. *Support Care Cancer* 2013; 21: 927-934.
15. Craike M, Hose K, Courneya K i wsp. Physical Activity Preferences for People Living with Multiple Myeloma. *Cancer Nurs* 2017; 40: 1-8.
16. Mosleh S. Health-related quality of life and associated factors in Jordanian cancer patients: A cross-sectional study. *Eur J Cancer Care* 2018; 27: 12866.
17. Posternak V, Dunn L, Dhruva A i wsp. Differences in demographic, clinical, and symptom characteristics and quality of life outcomes among oncology patients with different types of pain. *Pain* 2016; 157: 892-900.