

Cel pracy: Celem pracy była ocena stanu zdrowia, relacji międzyludzkich, funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie oraz zaburzeń seksualnych u pacjentów po leczeniu złośliwego zarodkowego nowotworu jądra (ZZNJ).

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w 2004 r., adresowano je do 70 losowo wybranych pacjentów leczonych w Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy z powodu ZZNJ, którzy w trakcie badania byli w remisji choroby od co najmniej 6 mies. Narzędziem badawczym była ankieta własnej konstrukcji zawierająca 46 pytań. Dotyczyła ona aktualnego stanu zdrowia, statusu zawodowego i materialnego, funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie oraz zaburzeń seksualnych po leczeniu onkologicznym.

Wyniki: Ankiety wypełniło 53 pacjentów w wieku 21–65 lat. Wszyscy przebyli orchidektomię, następnie 37 mężczyzn otrzymało chemioterapię (CHTH), 6 RPLND, 4 radioterapię (RTH), 4 poddano obserwacji, po 1 pacjencie dwie metody CHTH i RPLND lub CHTH i RTH.

Prawie 80% pacjentów oceniło swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. Większość kojarzyła dolegliwości z przebyciem leczeniem. Z kolei 85% badanych obawiało się nawrotu choroby. Z powodu choroby zostało rencistami 43% osób. Ponad połowa twierdziła, że choroba wpłynęła na ich życie osobiste, 83% ankietowanych uznało swoje życie seksualne za udane. Spadek popędu seksualnego zgłaszało 25%, ponad 17% zmniejszenie zadowolenia z seksu, ok. 28% zaburzenia erekcji, ok. 24% zaburzenia ejakulacji, 6% pacjentów skarżyło się na brak orgazmu. Nie wykazano korelacji między zaburzeniami seksualnymi a sposobem leczenia, stopniem zaawansowania choroby ani wiekiem badanych.

Wnioski: Wyniki omawianego badania nie odbiegały znacząco od wyników przedstawianych w literaturze. Wyjątek stanowił wysoki poziom strachu przed nawrotem choroby oraz wysoki procent mężczyzn na rencie po leczeniu ZZNJ.

Słowa kluczowe: złośliwy zarodkowy nowotwór jądra, orchidektomia, chemioterapia, radioterapia, funkcjonowanie po leczeniu onkologicznym, zaburzenia seksualne.

Ocena funkcjonowania pacjentów po leczeniu złośliwego zarodkowego nowotworu jądra – doświadczenia własne

Evaluation of patients' functioning after treatment for testicular malignant germ cell tumour – own experience

Maria Osmańska¹, Bożena Kawiecka-Dziembowska², Jerzy Tujakowski⁴, Roman Makarewicz³

¹ Oddział Chemioterapii, Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

² Pracownia Psychologii, Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

³ Katedra i Klinika Onkologii i Brachyterapii, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Wstęp

Złośliwy zarodkowy nowotwór jądra występuje stosunkowo rzadko [1] i stanowi ok. 1% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn [2–4]. Jest to najczęściej występujący nowotwór u mężczyzn w wieku 15–35 lat, a drugi pod względem częstotliwości u mężczyzn w wieku 35–39 lat [5]. Dla celów klinicznych zarodkowe nowotwory jądra dzieli się na dwie duże grupy: nasieniaki i nienasieniaki [4]. Zastosowanie w końcu lat 70. polichemioterapii opartej na cisplatinie w skojarzeniu z chirurgią i radioterapią spowodowało, że zarodkowy nowotwór jądra stał się chorobą uleczalną. Obecnie prawie 90% pacjentów z tą chorobą może być wyleczonych za pomocą powyżej wymienionych metod leczenia. Z powodu tak dobrej prognozy, młodego wieku i wzrostu zachorowalności, zwiększa się liczba mężczyzn ozdowieńców [2]. Dlatego choroba ta staje się istotnym problemem społecznym, dotyczy bowiem głównie mężczyzn w najbardziej produktywnym wieku, często w okresie największej odpowiedzialności rodzinnej [1]. Jakość życia młodych osób wyleczonych z nowotworu, ich funkcjonowanie w życiu rodzinnym i zawodowym nie jest problemem dotyczącym wyłącznie pojedynczego pacjenta [6]. Zachorowanie i przebycie leczenia nowotworu jądra może skutkować nie tylko zaburzeniami somatycznymi, ale także konsekwencjami psychospołecznymi, głównie w sferze życia seksualnego i płodności, funkcjonowania w społeczeństwie, stosunku do pracy zawodowej oraz relacjach małżeńskich i międzyludzkich [1, 3, 7]. Na świecie zwraca się uwagę na brak kompleksowych badań w tej dziedzinie oraz konieczność stworzenia programu badań – nie tylko lekarskich z uwzględnieniem późnej toksyczności narządowej leczenia, ale również następstw psychologicznych i społecznych [6].

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w 2004 r., po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Zaproszono do niego 70 losowo wybranych pacjentów leczonych w Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy z powodu złośliwego zarodkowego nowotworu jądra. Badani mężczyźni spełniali następujące kryteria włączenia:

- ukończony 18. rok życia w chwili ustalenia rozpoznania,
- zakończone leczenie onkologiczne co najmniej pół roku wcześniej,
- brak cech choroby nowotworowej w badaniu przedmiotowym i badaniach obrazowych,

Aim of the study: We assessed the health status, interpersonal relationships, family and social functioning, and sexual dysfunction in men after treatment for testicular cancer (TC).

Material and methods: The study was performed in 2004. 70 men treated for TC in the Centre of Oncology in Bydgoszcz were invited to the examination. The patients had complete remission of disease for at least six months. The study instrument was a self-report questionnaire concerning items on current general health status, occupation, social support, family and social life, and sexual functioning after oncological treatment.

Results: 53 patients (range 21–65 years) returned a completed questionnaire. All men underwent orchidectomy; afterwards 37 patients underwent chemotherapy (CHT), 6 patients retroperitoneal lymph node dissection (RPLND), 4 patients radiotherapy (RTH), 4 men remained under surveillance, 1 patient received CHT + RTH and 1 patient CHT + RPLND. Almost 80% of patients assessed their health status as good or very good. Most men associated the complaints with the cancer treatment. 85% of men felt fear of disease relapse. 43% of patients had retired because of TC. The disease influenced private life for above half of men participating in the study. 83% of patients assessed their sexual life as successful. 25% of men reported decrease of sexual desire, over 17% reported decrease of sexual satisfaction, about 28% of patients reported erectile disorders, about 24% of study men reported ejaculation disorders, and 6% of patients reported loss of orgasm. We did not find a correlation between sexual dysfunctions and treatment regimens, and disease staging and age of the study men.

Conclusions: The present study results were similar to those reported in the literature except that our patients had a high level of fear of disease relapse and a large number had retired after treatment for TC.

Key words: testicular cancer, orchidectomy, chemotherapy, radiotherapy, functioning after oncological treatment, sexual dysfunctions.

- prawidłowe wartości markerów nowotworowych w surowicy (AFP, β -HCG, LDH),
- ustąpienie objawów ostrej toksyczności związanej z leczeniem onkologicznym,
- brak rozpoznania innej choroby nowotworowej,
- brak poważnych chorób przewlekłych, niezwiązanych z przebyłym leczeniem onkologicznym, które obniżałyby jakość życia pacjentów,
- brak chorób psychicznych przed rozpoznaniem nowotworu jądra,
- pisemna, świadoma, dobrowolna zgoda pacjenta.

Narzędziem badawczym była *Ankieta jakości życia* własnej konstrukcji, stworzona na potrzeby badania na podstawie innych kwestionariuszy jakości życia oraz danych z piśmiennictwa, zawierająca 46 pytań: 43 pytania miały charakter zamknięty i wymagały wyboru jednej konkretnej odpowiedzi, 3 pytania otwarte pozwalały na dowolną, pisemną odpowiedź. Pacjenci wypełniali ankietę samodzielnie, otrzymując ją bezpośrednio od lekarza w poradni lub drogą pocztową. Zawierała ona pytania dotyczące następujących zagadnień:

- aktualny stan zdrowia,
- nauka/praca zawodowa/stan materialny,
- relacje międzyludzkie/życie osobiste/funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie,
- potomstwo po leczeniu onkologicznym,
- funkcjonowanie seksualne po leczeniu onkologicznym.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej na komputerze AMD PC, wykorzystując program STATISTICA 5.1, edycja '97. Szukając korelacji między odpowiednimi zmiennymi, posłużono się współczynnikiem korelacji rang Spearmana (R), przyjmując poziom istotności statystycznej ($p \leq 0,05$).

Wyniki

Ankieta jakości życia rozesłano do 40 pacjentów, z których 26 (62,5%) odestało wypełnioną ankietę. Trzydziestu pacjentów otrzymało ankietę od lekarza podczas wizyty kontrolnej w Poradni, spośród nich 28 (93,3%) zwróciło wypełniony kwestionariusz. W sumie 53 chorych podpisało zgodę na badanie oraz wypełniło i zwróciło ankietę. Ogółem procent zwrotu wyniósł 75,7. Charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy przedstawiono w tab. 1.

Pacjenci w badanej grupie mieli 21–65 lat, średnia wieku wynosiła 39,87 roku, mediana 39 lat ($SD \pm 11,19$). W momencie diagnozy chorzy ci mieli 19–59 lat, średnia wieku wynosiła 34,17 roku, mediana wieku 35 lat ($SD \pm 10,29$).

Dane kliniczne badanej grupy zawarto w tab. 2. Wszyscy pacjenci przebyli orchidektomię, po której 37 chorych (69,8%) otrzymało leczenie chemiczne, 6 chorym (11,3%) wykonano limfangiektomię zaotrzewnową (RPLND), 4 (7,55%) otrzymało radioterapię, 4 chorych (7,55%) zostało poddanych obserwacji, po 1 pacjencie (3,8%) było leczonych dwiema metodami: chemioterapią i RPLND oraz chemioterapią i napromienianiem. Chorzy zakończyli leczenie onkologiczne przed 10–192 miesiącami, tj. średnio 1–16 lat temu (mediana 52 mies., $SD \pm 37,58$). Starsi mężczyźni mieli częściej rozpoznawanego nasieniaka, a chorzy z nienasieniakiem mieli chorobę bardziej zaawansowaną (R Spearmana = 0,48; $p = 0,0003$).

Wyniki subiektywnej oceny pacjentów zawarto w tab. 3. Trzydziestu dwóch badanych (60,4%) oceniło swój stan zdrowia jako dobry, 9 mężczyzn (17%) jako bardzo dobry, a jedynie 12 (22,6%) jako średni, żaden pacjent nie uważał swojego stanu zdrowia za zły. Osiemnastu pacjentów (34,0%) nie zgłaszało żadnych dolegliwości. Badani najczęściej zgłaszali bóle kręgosłupa, brzucha, bóle głowy, bóle w klatce piersiowej, zmęczenie, nadmierną potliwość, bóle stawów. Spośród 35 badanych, którzy zgłaszali jakiegokolwiek objawy, większość – 21 (60,0%), uważała, że są one związane z przebyłym leczeniem onkologicznym. Trzydziestu siedmiu pacjentów (69,8%) stwierdziło, że w chwili obecnej bardziej dba o swoje zdrowie niż przed chorobą, przy czym aż 43 chorych (81,1%) podało, że prowadzi taki sam tryb życia, jak przed leczeniem. Znaczna część chorych, tj. 45 (84,9%) obawiała się nawrotu choroby, jedynie 8 pacjentów (15,1%) nie odczuwało strachu przed wznową. Większość pacjentów (56,6%) nie uważała, aby choroba wpłynęła na pogorszenie ich stanu mate-

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów – dane socjodemograficzne (n=53)**Table 1.** Patients' characteristic – sociodemographic data (n=53)

Dane	Liczba	Procent (%)
wiek (lata)		
21–65	53	100
21–30	16	30,2
30–40	12	22,6
40–50	15	28,3
50–60	8	15,1
60–65	2	3,8
miejsce zamieszkania		
miasto	42	79,2
wieś	11	20,8
wykształcenie		
podstawowe	7	13,2
zawodowe	21	39,6
średnie	18	34,0
wyższe	7	13,2
stan zawodowy		
pracujący	25	47,1
uczy się	2	3,8
rencista	24	45,3
bezrobotny	2	3,8
stan cywilny		
kawaler	18	34
żonaty	34	64
wdowiec	1	2

Tabela 2. Charakterystyka pacjentów – dane kliniczne (n=53)**Table 2.** Patient's characteristics – clinical data (n=53)

Dane	Liczba	Procent (%)
HP		
nasieniak	25	47,2
nienasieniak	28	52,8
stadium zaawansowania choroby		
I stopień	31	58,5
II stopień	14	28,3
III stopień	8	15,1
leczenie I rzutu		
orchidektomia	53	100
leczenie po orchidektomii		
obserwacja	4	7,55
CHTH	37	69,8
RT	4	7,55
RPLND	6	11,3
CHTH + RPLND	1	1,9
CHTH + RT	1	1,9
leczenie wznowy		
tak	5	9,4
nie	48	90,6
okres po leczeniu		
10–192 mies.	53	100

rialnego, chociaż 23 chorych (43,4%) zostało rencistami z powodu choroby, a 27 (50,9%) stało się bezrobotnymi. W trakcie trwania badania 45,3% było rencistami. Ponad połowa badanych, tj. 28 (52,8%) uważała, że choroba wpłynęła na ich życie osobiste. Tylko 7 pacjentów (13,2%) stwierdziło, że zachorowanie spowodowało pogorszenie kontaktu z rodziną, 4 pacjentów (7,6%) uważało, że straciło przyjaciół w związku z leczeniem onkologicznym nowotworu jądra. Ponad 90% chorych odczuwało wsparcie ze strony rodziny w trakcie leczenia. Dwóch ozdrowieńców (3,8%) korzystało z pomocy psychologa, 6 (11,5%) przyjmowało leki psychotropowe, a 1 (1,9%) korzystał z pomocy psychiatry.

Trzydziestu czterech pacjentów (64,2%) miało dzieci przed leczeniem, 12 ankietowanych (22,6%) planowało potomstwo po leczeniu, tylko 4 pacjentom (33% spośród mężczyzn pragnących być ojcami) udało się zrealizować te plany. Dzieci urodziły się zdrowe, bez stwierdzonych wad genetycznych, po upływie 13, 5, 4 i 1,5 roku od zakończenia leczenia.

Czterdziestu trzech pacjentów (82,7%, n=52) uznało swoje życie seksualne za udane, chociaż 39 (79,6%, n=49) obawiało się zaburzeń w tej sferze po przebyciu leczenia onkologicznego. Z kolei 90% pacjentów uważało, że brak jądra nie stanowi przeszkody w życiu seksualnym. Trzynastu badanych (25%, n=52) zaobserwowało u siebie spadek popędu seksualnego, a 9 (17,6%, n=51) stwierdziło zmniejszenie zadowolenia z seksu. Po leczeniu nowotworu jądra 9 badanych (17,7%, n=51) nie osiągało wzwodu w następstwie pożądania, 5 (9,8%, n=51) miało problem z utrzymaniem wzwodu w czasie trwania stosunku, u 10 (19,6%, n=51) ejakulacja była niewielka, a u 2 mężczyzn (3,9%, n=51) w ogóle nie występowała; pacjenci ci nie mieli takich problemów przed leczeniem nowotworu. Czterdziestu sześciu badanych (93,9%, n=49) przeżywało orgazm w trakcie stosunku seksualnego.

Pacjenci lepiej wykształceni znacznie wyżej oceniali swój stan zdrowia (R Spearmana = -0,38; p=0,005). Stwierdzono korelację pomiędzy wiekiem ankietowanych a częstością występowania dolegliwości (R Spearmana = -0,31; p=0,03). Stwierdzono, że pacjenci mieszkający w mieście mieli lepsze wykształcenie niż mieszkający na wsi (R Spearmana = 0,4; p=0,003). Także lepiej radzili sobie ze znalezieniem pracy (R Spearmana = 0,29; p=0,04). Wykazano silną korelację między wykształceniem a posiadaniem pracy (R Spearmana = 0,59; p=0,000004). Pacjentom mieszkającym w mieście łatwiej było utrzymać poziom materialny z okresu przed zachorowaniem (R Spearmana = 0,30; p=0,03). Chorzy uważający, że brak jądra stanowi przeszkodę w życiu seksualnym, częściej odczuwali spadek popędu seksualnego (R Spearmana = 0,28; p=0,04) oraz zmniejszenie zadowolenia z seksu (R Spearmana = 0,37; p=0,008) po przebyciu leczenia onkologicznego. W naszym badaniu nie wykazano korelacji między zaburzeniami seksualnymi a sposobem leczenia, stopniem zaawansowania choroby ani wiekiem ankietowanych.

Dyskusja

Celem badania była ocena funkcjonowania pacjentów po leczeniu złośliwego zarodkowego nowotworu jądra. W przeprowadzonej ankiecie ponad 77% pacjentów oceniło swój stan zdrowia jako dobry (ok. 60%) lub bardzo dobry

(ok. 17%); 34% badanych nie zgłaszało żadnych dolegliwości. Podobnie wysokie wyniki osiągnięto w innych badaniach. W badaniu Rudberga i wsp. również bardzo wysokie, bo ponad 70% mężczyzn oceniło swój stan zdrowia jako dobry [8]. Znaczące pogorszenie ogólnego stanu zdrowia po leczeniu zgłaszało ok. 10% ankietowanych [9].

Wydaje się, że zachorowanie i przebycie leczenia skłania ozdrowieńców do większej troski o swoje zdrowie – potwierdziło to prawie 70% ankietowanych.

Uwagę zwraca jednak fakt, że ponad 80% badanych nie zmieniło swojego stylu życia. W badaniu Huh Shinn i wsp., przeprowadzonym z udziałem 162 pacjentów po leczeniu raka jądra, zanotowano ogólnie niski procent zachowań prozdrowotnych; jedynie 38,9% badanych prowadziło jakąkolwiek regularną aktywność fizyczną, 18% prowadziło siedzący tryb życia; tylko 11% spożywało warzywa i owoce co najmniej 5 razy dziennie [10]. W innym badaniu na 1276 ankietowanych 43% badanych było aktywnych fizycznie, a w populacji kontrolnej zdrowych osób, które nigdy nie chorowały na nowotwór, znamienne mniej – 37% [11].

W badaniu autorów zaskakująco duża część mężczyzn, bo aż 45,3%, była rencistami, a jedynie 47% aktywnie pracowała zawodowo. Natomiast w wielu badaniach na świecie wykazano 76–90% pracujących zawodowo po przebytym leczeniu nowotworu jądra [8, 9, 12, 13], podobnie jak w grupie kontrolnej zdrowych mężczyzn [12].

Prawie 85% ankietowanych pacjentów obawiało się wznowy choroby. W międzynarodowym badaniu 30941/TE-20 17% badanych zgłaszało zwiększenie lęku przed nawrotem choroby po 2 latach od rozpoznania, natomiast zmniejszenie lęku zanotowano u 36% [14]. Z kolei 19% pacjentów po leczeniu zgłaszało większy strach przed śmiercią, podczas gdy zmniejszenie strachu podawało 32% mężczyzn [13]. W badaniu Arai i wsp. znaczna część pacjentów obawiała się o zdrowie i przyszłość, tendencja ta była dominująca w grupie po chemioterapii (76 i 41%) i grupie obserwacyjnej (71 i 43%) [15]. Moynihan donosi, że 37% pacjentów w grupie obserwacyjnej było zaniepokojonych nieotrzymaniem dodatkowego leczenia po orchidektomii i obawiało się nawrotu choroby z tego powodu [16]. Pacjenci poddani chemioterapii i radioterapii odczuwali większe zadowolenie z życia niż ci w grupie obserwacyjnej [15].

Wśród ankietowanych 7,6% uważało, że straciło przyjaciół w związku z przebyciem leczeniem. W badaniu Joly i wsp. problem taki zgłaszało 8% pacjentów, a w grupie kontrolnej 18% badanych [12]. W omawianym w niniejszej pracy badaniu 9,4% ankietowanych twierdziło, że w związku z leczeniem straciło swoją partnerkę. W innym badaniu problem taki zgłaszało 13%, a w grupie kontrolnej 16% badanych [12]. Pacjenci byli zadowoleni ze wsparcia rodziny w ok. 90%, zarówno w prezentowanym badaniu, jak i w innych [9]. Niektórzy chorzy w grupie leczonych chemioterapią i napromienianiem uważali, że ich relacje z rodziną i przyjaciółmi zacieśniły się od momentu zachorowania, tego zjawiska nie obserwowano w grupie obserwacyjnej [15].

Nowotwór jądra związany jest ze strefą narządu rodne go i należy spodziewać się zaburzeń w funkcjach seksualnych oraz zaburzeń płodności po leczeniu onkologicznym. W prezentowanym w niniejszej pracy badaniu prawie 23%

Tabela 3. Wpływ nowotworu i leczenia onkologicznego na funkcjonowanie pacjentów wg ich subiektywnej oceny
Table 3. Influence of cancer and oncological treatment on patient's functioning according to their subjective opinion

Parametry	Wpływ choroby i leczenia
stan zdrowia	21 (60,0%), n=35
większa troska o zdrowie	37 (69,8%), n=53
pogorszenie stanu materialnego	23 (43,4%), n=53
zostanie rencistą	23 (43,4%), n=53
utrata pracy (bezrobotny)	27 (50,9%), n=53
życie osobiste	28 (52,8%), n=53
utrata przyjaciół	4 (7,6%), n=53
pogorszenie kontaktu z rodziną	7 (13,2%), n=53
brak jądra przeszkoda w życiu seksualnym	5 (9,8%), n=51
obawa o seks po leczeniu onkologicznym	39 (79,6%), n=49
spadek popędu seksualnego	13 (25,0%), n=52
zmniejszenie zadowolenia z seksu	9 (17,6%), n=51
zaburzenia erekcji	14 (27,5%), n=51
zaburzenia ejakulacji	12 (23,5%), n=51
brak orgazmu	3 (6,1%), n=49

mężczyzn pragnęło mieć dzieci po leczeniu onkologicznym, niespełna 1/3 spośród nich to się udało. Obniżenie płodności występuje u ok. 75% pacjentów w momencie ustalenia rozpoznania, następnie płodność dodatkowo zostaje obniżona przez leczenie stosowane po wstępnej orchidektomii, tj. przez radioterapię, chemioterapię albo RPLND [17]. W badaniu retrospektywnym przeprowadzonym przez Huyghe i wsp. spośród pacjentów pragnących być ojcami po leczeniu raka jądra, 67,1% zostało nimi [18]. W badaniu norweskim ogółem 65% mężczyzn (wszyscy przebyli orchidektomię) zostało biologicznymi ojcami po leczeniu onkologicznym; a biorąc pod uwagę metodę leczenia: 81% mężczyzn w grupie obserwacyjnej, 77% po RPLND, 65% po radioterapii, 62% po chemioterapii z dawką cisplatyny ≤ 850 mg oraz 38% badanych w grupie po leczeniu chemioterapią z wysoką dawką cisplatyny powyżej 850 mg [19].

Dysfunkcje seksualne i bezpłodność mogą być związane ze zmianami hormonalnymi, naczyniowymi oraz neurologicznymi [20]. Zmniejszenie stężenia testosteronu po jednostronnej orchidektomii jest prawdopodobnie związane z nieprawidłowościami w drugim jądrze [21, 22]. Radioterapia może upośledzać funkcję komórek Leydiga, obniżać produkcję testosteronu, uszkadzać drobne naczynia krwionośne i nerwy regulujące zaopatrzenie prącia w krew. Chemioterapia uszkadza kanaliki nasienne, redukując sekrecję testosteronu, oraz indukuje hiperprolaktynię, która dodatkowo zmniejsza stężenie testosteronu [23, 24]. Wycięcie węzłów chłonnych zaotrzewnowych może skutkować uszkodzeniem zwojów współczulnych, nerwów podbrzusznym lub włókien nerwów zazwojowych, co wiąże się z brakiem ejakulacji.

Wprowadzenie jednostronnej limfangiektomii oraz zabiegów oszczędzających nerwy zazwojowe na poziomie Th12-L3 zmniejszyło znacznie częstość występowania tej dysfunkcji [25]. Upośledzenie funkcji seksualnych obserwowane się nawet u ok. 50% pacjentów po leczeniu nowotworów jądra. W metaanalizie badań retrospektywnych i prospektywnych przeprowadzonych w latach 1975–2000, obejmującej 2437 i 338 pacjentów, stwierdzono następujące dysfunkcje seksualne: utratę pożądania u 20 i 21%, zaburzenia erekcji u 11,5 i 14%, dysfunkcje orgazmu u 20 i 9%, zaburzenia ejakulacji u 44 i 51%, zmniejszenie aktywności seksualnej u 24 i 13%, zmniejszenie zadowolenia z seksu w 19 i 18% przypadków [26]. W analizie przeprowadzonej przez autorów uzyskano porównywalne wyniki w zakresie zaburzeń w sferze seksualnej, za wyjątkiem zaburzeń dotyczących ejakulacji; w niniejszym badaniu były one znacząco mniejsze niż w cytowanej metaanalizie, związane jest to najprawdopodobniej z małą liczbą pacjentów poddanych RPLND.

Wnioski

Wyniki subiektywnej oceny stanu zdrowia, relacji międzyludzkich, funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie oraz zaburzeń seksualnych u pacjentów ozdowieńców po leczeniu złośliwego zarodkowego nowotworu jądra uzyskane w badaniu autorów nie odbiegają znacząco od innych przedstawianych w literaturze.

Istotna różnica pomiędzy wynikami autorów niniejszej pracy a innych badań dotyczyła obawy przed wznową choroby. W opisywanym badaniu większość chorych obawiała się nawrotu nowotworu.

Niepokojące jest to, że wśród ankietowanych ponad 45% było rencistami. Może to wskazywać na brak odpowiednich skutecznych programów rehabilitacji psychospołecznej pacjentów w wieku produkcyjnym wyleczonych z nowotworu, które dawałyby im szansę odzyskania statusu społecznego i zawodowego z okresu przed zachorowaniem.

Piśmiennictwo

- Madej G. Skojarzone, chemiczne i chirurgiczne radykalne leczenie chorych na nienasieniaki. Część I. Nowotwory 1984; 34: 254-65.
- Tuinman MA, Fleer J, Sleijfer DT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. Quality of life of survivors of testicular germ cell cancer: a review of literature. Support Care Cancer 2004; 12: 476-86.
- Einhorn LH. Curing metastatic testicular cancer. Proc Natl Acad Sci USA 2002; 99: 4592-5.
- Damjanow I. Testis cancer: Pathology of testicular tumors. In: Principle and Practice of Genitourinary Oncology. Raghavan D, Scher HJ, Leibel SA, Lange P (eds). Lippincott, Raven, Philadelphia, New York 1997; 653-62.
- Jerome PR. Detection and treatment of testicular cancer. CA Cancer J Clin 1993; 43: 151-75.
- Żuchowska-Vogelgesang B, Pawlicki M. Jakość życia młodych osób wyleczonych z choroby nowotworowej. Zwalczanie Nowotworów 2002; 1: 108-17.
- Basińska B, Badzio A. Funkcjonowanie seksualne i jakość relacji małżeńskich mężczyzn leczonych napromienianiem z powodu nasieniaka jądra. Psychoonkologia 2003; 7: 57-61.
- Rudberg L, Nilsson S, Wikblom K. Health-related quality of life survivors of testicular cancer 3 to 13 years after treatment. J Psychosoc Oncol 2000; 18: 19-31.
- Fegg MJ, Gerl A, Vollmer TC, Gruber U, Jost C, Meler S, Hiddemann W. Subjective quality of life and sexual functioning after germ-cell tumour therapy. British Journal of Cancer 2003; 89: 2202-6.
- Huh Shinn E, Basen-Eugquist K, Thornton B, Spiess PE, Pisters L. Health behaviors and depressive symptoms in testicular cancer survivors. Urology 2007; 69: 748-53.
- Thorsen L, Nystad W, Dahl O, Klepp O, Bremnes RM, Wist E, Fossa SD. The level of physical activity in long-term survivors of testicular cancer. European Journal of Cancer 2003; 39: 1216-21.
- Joly F, Héron JF, Kalusinski L, et al. Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: a population-based case-control study. J Clin Oncol 2002; 20: 73-80.
- Rieker PP, Fitzgerald EM, Falish LA, Richie JP, Lederman GS, Edbril SD, Gdruick MB. Psychosocial factors, curative therapies, and behavioral outcomes. A comparison of testis cancer survivors and a control group of healthy men. Cancer 1989; 64: 2399-407.
- Fossa SD, de Wit R, Roberts JT, Wilkinson PM, et al. Quality of life in good prognosis patients with metastatic germ cell cancer: a prospective study of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Genitourinary Group/Medical Research Council Testicular Cancer Study Group (30941/TE20). J Clin Oncol 2003; 21: 1107-18.
- Arai Y, Kawakita M, Hida S, Terachi T, Okada Y, Yoshida O. Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. J Urol 1996; 155: 574-8.
- Moynihan C. Testicular cancer: the psychological problems of patients and their relatives. Cancer Surv 1987; 6: 477-510.
- Heidenreich A, Hofmann R. Quality-of-life issues in the treatment of testicular cancer. World J Urol 1999; 17: 230-8.
- Huyghe E, Matsuda T, Daudin M, Chevreau JM, Plante P, Bujan L, Thonneau P. Fertility after testicular cancer treatment. Cancer 2004; 100: 732-7.
- Brydoy M, Fossa SD, Klepp O, Bremnes RM, Wist EA, Wentzel-Larsen T, Dahl O. Paternity following treatment for testicular cancer. J Natl Cancer Inst 2005; 97: 1580-8.
- Van Basten JP, Jonker-Pool G, van Driel MF, Sleijfer DT, van de Wiel HBM, Hoekstra HJ. The sexual sequelae of testicular cancer. Cancer Treat Rev 1995; 21: 479-5.
- Willemsse PH, Sleijfer DT, Sluiter WJ, Schraffordt Koops H, Doorendos H. Altered Leydig cell function in patients with testicular cancer: evidence for bilateral testicular defect. Acta Endocrinol 1983; 102: 618-24.
- Hansen PV, Trykker H, Andersen J, Helkjaer PE. Germ cell function and hormonal status in patients with testicular cancer. Cancer 1989; 64: 956-61.
- Berthelsen JG, Engelholm A, von der Maase H, Roth M. Serum testosterone, LH and FSH in patients with testicular cancer before and after radio- and chemotherapy. Scand J Urol Nephrol 1979; 17: 287-90.
- Dragsa RE, Einhorn LH, Williams SD, Patel DN, Stevens EE. Fertility after chemotherapy for testicular cancer. J Clin Oncol 1983; 1: 179-83.
- Donohue JP, Foster RS, Rowland RG, Jones J, Geier G. Nerve sparing retroperitoneal lymphadenectomy with preservation of ejaculation. J Urol 1990; 144: 287-92.
- Jonker-Pool G, van de Wiel HBM, Hoekstra HJ, Sleijfer DT, van Driel MF, van Basten JP, Koops HS. Sexual functioning after treatment for testicular cancer- review and meta-analysis of 36 empirical studies between 1975-2000. Arch Sex Beh 2001; 30: 55-74.

Adres do korespondencji

lek. **Maria Osmańska**

Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
Oddział Chemioterapii
ul. Izabelli Romanowskiej 2
85-796 Bydgoszcz
tel./faks +48 52 374 33 63
e-mail: matean@poczta.onet.pl