

Ocena jakości życia po leczeniu promieniami u chorych po operacjach usunięcia narządu rodowego w okresie około- i pomenopauzalnym

Tolerance of gynecological cancer radiation therapy by women during and post menopause

Krzysztof Szczepanik, Ewa Telka, Bożena Jochymek, Wioletta Miśta, Łukasz Kleszyk, Hubert Urbańczyk

Zakład Radioterapii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach;
kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Leszek Miszczyk

Przeгляд Menopauzalny 2013; 3: 250–253

Streszczenie

Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową po usunięciu narządu rodowego, a zwłaszcza chorych na raka jajnika i trzonu macicy, jest znacznie obniżona. W tej grupie objawy fizyczne zgłaszane przez chore wpływają na ogólne samopoczucie, a w ogólnym wymiarze na ocenę jakości życia. Wszystkie działania lecznicze, które zmniejszają w istotny sposób nasilenie objawów wypadowych, wpływają na poprawę jakości życia u tych chorych. Szczególnie zauważalna jest korelacja między wiekiem a jakością życia pacjentek z rakiem jajnika. U chorych w wieku około- i pomenopauzalnym pogorszenie jakości życia dotyczy objawów fizycznych zgłaszanych przez chore i ten wymiar wymaga szczególnej troski. Obserwuje się także u tych chorych większe natężenie lęku, dlatego ta grupa wymaga większej uwagi i wsparcia w aspekcie psychologicznym, emocjonalnym i społecznym.

Istotne znaczenie ma też odpowiednia informacja udzielana przez personel medyczny, w tym przez położne i pielęgniarki zaangażowane w proces leczniczy. Chore wykazujące wyższy stopień wyrozumiałości, zaradności i zrozumienia łatwiej odnajdują się w trudnej sytuacji, lepiej oceniają swoje funkcje psychospołeczne oraz ogólną jakość życia. Dlatego też chore dostatecznie poinformowane i dobrze zorientowane w swojej chorobie, a także posiadające wiedzę o zastosowanym leczeniu oceniają jakość życia znacznie wyżej.

Obecnie ocena jakości życia pozostaje ważnym elementem umożliwiającym całościową ocenę stanu ogólnego chorego i decyduje o dalszym postępowaniu terapeutycznym.

Słowa kluczowe: nowotwory narządu rodowego, radioterapia, ocena jakości życia po menopauzie.

Summary

Quality of life of patients with genital cancer, especially ovarian and endometrial cancer is reduced. In these patients, physical symptoms of the disease affect the reception of the sickness, and in general terms the quality of life. All therapeutic measures that reduce the severity of physical symptoms significantly improve the patient's quality of life. You can also see the relationship between age and quality of life of patients with ovarian cancer. Lower quality of life of patients at the menopausal age relates to physical symptoms, and this area requires special care. A higher intensity of anxiety is also observed and thus, this group requires more attention and support in psychological, emotional and social terms. Also proper information provided by medical personnel, including midwives and nurses involved in the healing process, is of considerable importance. Persons exhibiting a higher degree of resourcefulness and understanding more easily find themselves in difficult situations, assess their psychosocial functioning and overall quality of their life better. Therefore, the ill that are fully informed and well-oriented in their disease and treatment used assess the quality of life much better. Currently, assessment of quality of life becomes an important element enabling a comprehensive assessment of the patient's general state. In the case of patients with ovarian cancer there is a tendency that the quality of life is one of the essential elements of the efficacy, and impact on its value is a factor affecting its planning.

Key words: malignant neoplasms of genitals, radiation therapy, menopause, quality of life.

Adres do korespondencji:

mgr **Krzysztof Szczepanik**, Zakład Radioterapii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Wybrzeże AK 15, 44-101 Gliwice

Wstęp

Nowotwory narządu rodowego mogą występować jako guzy łagodne (mięśniaki macicy) lub złośliwe. Najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi narządu rodowego są: rak szyjki macicy (60% wszystkich nowotworów narządów płciowych), rak trzonu macicy, rak jajnika, rak sromu, rak pochwy i rak jajowodu.

Rak szyjki macicy może występować w kilku postaciach nabłonkowych (rak płaskonabłonkowy, gruczolakowaty, brodawkowaty, postaci mieszane) oraz wykazywać 4 stopnie zaawansowania. Infekcja wirusem HPV typu 16 i 18 stanowi najczęstszą przyczynę rozwoju raka szyjki macicy. Rak ten może być wykrywany we wczesnym stopniu zaawansowania, kiedy możliwe jest skuteczne leczenie onkologiczne. Bardzo istotne jest zatem poddawanie się regularnym badaniom profilaktycznym, w tym badaniu cytologicznemu. Badania diagnostyczne pomocne w wykrywaniu tej choroby to: badanie ginekologiczne, badanie cytologiczne, ewentualnie badanie kolposkopowe oraz badanie histopatologiczne wycinka z części pochwowej szyjki macicy. W zależności od sytuacji klinicznej wykonuje się także inne badania, np. łyżeczkowanie kanału szyjki i jamy macicy, badanie ultrasonograficzne, urografię, cystoskopię, histeroskopię, badanie radiologiczne jelita grubego.

Rak trzonu macicy jest chorobą częściej występującą u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym, kobiet otyłych, z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą. We wczesnym wykrywaniu tego nowotworu istotną rolę odgrywa regularne badanie ginekologiczne, poza tym badanie ultrasonograficzne transwaginalne (przezpochwowe), badanie histopatologiczne wyskrobin z kanału szyjki i jamy macicy oraz badanie histeroskopowe z biopsją endometrium.

Nowotwory narządu rodowego są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów kobiet w wieku pomenopauzalnym, co stanowi dość poważny problem społeczny. Zapadalność na te nowotwory wykazuje niewielką tendencję wzrostową zarówno w skali polskiej populacji, jak i na świecie. Spośród czynników wpływających na wzrost ryzyka zachorowalności, np. na raka jajnika, których wpływ można było obserwować na przestrzeni lat, należy wymienić: czynniki dietetyczne, środowiskowe, biologiczne i genetyczne. Innymi równie ważnymi czynnikami są liczba donoszonych ciąży, a także doustna antykoncepcja. Zachorowalność na raka jajnika w Polsce wynosi 11 na 100 000 kobiet. Szacuje się, że ok. 5–10% ogólnej liczby nowotworów jajnika związanych jest z występowaniem mutacji w obrębie genów *BRCA1/BRCA2*. Mutacje w genach *BRCA1* i *BRCA2* przyczyniają się nie tylko do powstawania nowotworów piersi i jajnika, ale także innych nowotworów złośliwych. Możliwości, jakie dają stosowane w poradniach genetycznych testy genetyczne, sprawiają, że pacjentki obciążone mutacjami promującymi rozwój nowotworu złośliwego

mogą być skutecznie diagnozowane i monitorowane. Wyodrębnienie pacjentek z grupy podwyższonego ryzyka, objęcie ich specjalistyczną opieką lekarską oraz przeprowadzenie diagnostyki w kierunku nosicielstwa mutacji genetycznych promujących proces onkogenezy, staje się skutecznym narzędziem w zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu nowotworów, które rocznie rozpoznaje się u ponad 3000 kobiet w Polsce [1–5].

Według danych statystycznych Narodowego Instytutu Raka w Bethesda najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet jest rak sutka. Ryzyko jego wystąpienia w ciągu życia wynosi ponad 10% [1, 6, 7]. Z kolei rak jajnika występuje stosunkowo rzadziej (ok. 1,8%), jednak śmiertelność kobiet z jego powodu jest relatywnie wysoka. Pomimo postępu, jaki dokonał się dziedzinie diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej, badanie ginekologiczne oraz dokładnie zebrany wywiad pozostają w dalszym ciągu najważniejszym elementem procesu diagnostyki nowotworów narządu rodowego [5, 7–10]. Metody leczenia tych nowotworów oraz jego następstwa mogą być przyczyną obniżenia jakości życia, o której decydują czynniki somatyczne, psychiczne i społeczne [1]. Coraz lepsze wyniki leczenia, wyrażające się m.in. dłuższym przeżyciem, skłaniają do oceny jakości życia kobiet po chirurgicznym usunięciu macicy. W początkowym okresie zainteresowań za jakość życia uznawano pojęcie „dobre życie”, stan posiadania. Obecnie podkreśla się wartość „być” zamiast „mieć”, dlatego wprowadzono do jakości życia nowe kryteria, takie jak: edukacja, wolność, zdrowie i szczęście [2, 3, 7, 11–13].

Zdrowie jako stan pełnego, dobrego samopoczucia psychicznego i społecznego (a nie tylko braku choroby) jest najlepszym zwierciadłem jakości życia, obejmującej (za *Health Related Quality of Life*): stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną (głównie ekonomiczną) oraz doznania somatyczne [3]. Usunięcie macicy w społeczeństwie, w którym stanowi ona „atrybut kobiecości i macierzyństwa”, wywołuje stres, uczucie wstydu przed partnerem, rodziną, środowiskiem, załamanie i obawę przed powrotem do normalnego życia, a także rozbięciem rodziny i pożycia małżeńskiego [4–6, 9, 14, 15]. Kobiety czują się niepełnowartościowe (*half woman complex* – kompleks „połowy kobiety”) i niepełnosprawne – inne niż przed operacją i leczeniem promieniami. Zmienia się poczucie własnej wartości, obniża sprawność fizyczna, pojawia się też problem jakości życia po operacji i leczeniu, np. po radioterapii czy chemioterapii [12, 16, 17, 20].

Przez pojęcie „jakość życia” rozumie się najczęściej dobrostan fizyczny, psychiczny i socjalny [1, 4, 10, 16, 17]. Wells i Testa uważają, że jest to przede wszystkim subiektywna percepcja dobrego samopoczucia, satysfakcja z życia i codziennego funkcjonowania. Podobnie określa jakość życia Dolkei, mówiąc, że jest ona sumą satysfakcji, które czynią życie wartym zachodu. Cohen definiuje jakość życia jako zdolność do realizacji planów

osoby, a Colman mówi, iż jest to różnica między nadziejami i oczekiwaniami a obecnymi doświadczeniami osoby. Na jakość życia wpływają m.in. aktywność ruchowa, rozumiana jako zdolność do wykonywania czynności życia codziennego i uprawiania dyscyplin sportowych w stopniu podstawowym, dostosowanych do możliwości i zainteresowań badanego, oraz samopoczucie i samoocena badanego [1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 14, 16, 17].

Czynniki składające się na jakość życia dzielą się najczęściej na:

- subiektywne, do których zalicza się:
 - stan fizyczny (ogólna sprawność i wydolność, występowanie dolegliwości),
 - stan psychiczny (reakcje lękowe, depresje, obraz siebie, stres),
 - sytuację socjalną (satisfakcja z pracy i zarobków, sposób spędzania wolnego czasu),
 - relacje międzyludzkie (wsparcie społeczne, kontakt z innymi osobami);
- obiektywne, w tym:
 - stan zdrowia (wyniki badań laboratoryjnych i specjalistycznych),
 - obraz kliniczny choroby,
 - stan socjalno-ekonomiczny (praca, zarobki, mieszkanie, samochód),
 - kontakty społeczne (ich liczba i jakość) [1, 4, 6, 9, 10, 18].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia po leczeniu promieniami u chorych na nowotwory narządu rodnego w okresie około- i pomenopauzalnym.

Materiał i metody

Analizę statystyczną materiału klinicznego przeprowadzono na podstawie grupy badawczej obejmującej 30 chorych na nowotwory narządu rodnego leczonych w Zakładzie Radioterapii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach w okresie od stycznia do marca 2011 r. Wiek chorych zawierał się w przedziale 55–78 lat (średnia 65,2 roku).

Ocenę jakości życia przeprowadzono na podstawie skali EORTC QLQ-C30. Pacjentki w wieku około- i pomenopauzalnym odpowiadały na pytania związane z komfortem życia w trakcie i po zakończeniu radykalnej radioterapii z powodu nowotworów narządu rodnego (raka szyjki macicy, trzonu macicy i raka jajników, sromu i pochwy).

Wyniki

W przypadku pierwszej grupy pytań dotyczących tolerancji wysiłku podczas codziennych czynności i ak-

tywności życiowych (pytania 1.–5.) dolegliwości utrudniające lub uniemożliwiające ich wykonywanie występujące bardzo często zgłosiło 9% pacjentek, często 15%, rzadko 35%, natomiast brak powyższych ograniczeń podało 41% chorych.

Druga grupa pytań (6.–28.) dotyczyła występujących w ostatnim tygodniu ograniczeń podczas wykonywania pracy, codziennych czynności, hobby, a także występowania takich dolegliwości, jak: duszności, bóle, zmęczenie, trudności ze snem, osłabienie, brak apetytu, nudności, wymioty, zaparcia, biegunki, nagła potrzeba odpoczynku, trudności w koncentracji, a także chwiejność emocjonalna, zmartwienia, trudności w zapamiętywaniu oraz dotyczących wpływu choroby na życie rodzinne, towarzyskie oraz sytuację materialną. Wśród udzielonych odpowiedzi dominował brak oraz rzadkie występowanie objawów i dyskomfortu w opisywanym zakresie u 41% chorych, często występowały u 12%, natomiast bardzo często u 6% chorych.

Dwa ostatnie pytania dotyczyły subiektywnej oceny stanu zdrowia oraz komfortu życia w przeciągu poprzedniego tygodnia. Parametry te oceniono w skali od 1 do 7, gdzie 1 to bardzo zły, a 7 doskonały. Mediana własnej oceny stanu zdrowia wynosiła 4, podobnie jak mediana subiektywnej oceny jakości życia, której wartość także wyniosła 4.

Wnioski

Obecnie ocena jakości życia pozostaje się ważnym elementem umożliwiającym całościową ocenę stanu ogólnego chorego. W przypadku chorych na raka jajnika zauważa się tendencję do uznawania oceny jakości życia za jeden z istotnych elementów oceny skuteczności leczenia, a jej wpływ jest czynnikiem kształtującym decyzje terapeutyczne.

Dyskusja

Okres menopauzy rozpoczyna się u kobiet najczęściej między 45. a 50. rokiem życia, a wraz z nią następuje znaczny spadek hormonów płciowych, w szczególności estrogenów, co skutkuje pojawieniem się objawów wypadowych mających znaczny wpływ na jakość życia chorych. Pojawiające się w tym okresie zmiany ogólnoustrojowe w niektórych przypadkach mogą stać się czynnikami wyzwalającymi wiele chorób. W związku z coraz większym odsetkiem kobiet zapadających na choroby narządu rodnego, zwiększa się także liczba przeprowadzanych zabiegów chirurgicznych, w trakcie których dokonuje się usunięcia macicy z przydatkami lub bez nich. Często w tym okresie życia pojawia się choroba nowotworowa. Wielu specjalistów po rozpoznaniu łagodnych zmian nowotworowych lub innych chorób wymagających interwencji chirurgicznej u kobiet

w okresie pomenopauzalnym proponuje jednoczesne wycięcie macicy wraz z jajnikami. Ma to na celu uniknięcie ryzyka ponownej operacji z powodu łagodnych zmian w przydatkach, zdarzających się stosunkowo często, jak również uniknięcie ryzyka rozwoju raka jajnika.

Obecnie ze względu na zmniejszenie ryzyka późnych następstw usunięcia jajników (przedwczesnej menopauzy, osteoporozy) zabiegi te wykonuje się coraz rzadziej. Postępowanie takie wynika z faktu, że postęp w dziedzinie medycyny zwiększający możliwości diagnostyczne (np. badanie ultrasonograficzne dopplerowskie, markery nowotworowe, np. Ca 125 i inne) pozwala na dokładną obserwację jajników oraz wczesne wykrycie ewentualnych zmian w przydatkach.

Od kilku lat obserwuje się wzrost zachorowań na nowotwory narządu rodowego u kobiet w wieku około i pomenopauzalnym. Częstość nowotworów złośliwych zwiększa się wraz z wiekiem, a okres pomenopauzalny wiąże się z dodatkowym ryzykiem zachorowania na nowotwory trzonu macicy, jajnika, sromu i pochwy. Zwiększone ryzyko występowania niektórych nowotworów złośliwych jest związane także ze stylem życia. Do czynników, które zwiększają to ryzyko, należą: palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, nieodpowiednia dieta, brak aktywności fizycznej, wielopartnerstwo seksualne.

Eliminowanie czynników zwiększających ryzyko rozwoju raka oraz poddawanie się profilaktycznym badaniom, mającym na celu wczesne wykrycie nowotworów, zwiększa szanse na skuteczne leczenie.

Piśmiennictwo

1. Krzakowski M. Onkologia kliniczna. Tom 2. Borgis, Warszawa 2001; 140-1.
2. Conte PF, Cianci C, Gadducci A. Update in the management of advanced ovarian carcinoma. *Crit Rev Oncol Hematol* 1999; 32: 49-58.
3. Tanaka A, Iwamoto T, Kaneyasu H, Petrini MA. Thoughts and feelings of patients with advanced terminal cancer: implications for terminal care improvement. *Nurs Health Sci* 1999; 1: 189-93.
4. Chojnacka-Szawłowska G, Majkovicz M. Jakość życia kobiet leczonych z powodu nowotworu złośliwego narządów rodnych. W: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. de Walden-Gatuszko K, Majkovicz M (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
5. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia* 2002; 6: 13-9.
6. Stempczyńska J, Potemski P. Nowotwory jajnika. W: *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Kordek R, Jassem J, Krakowski M, Jeziorski A (red.). Medical Press, Gdańsk 2003: 190-5.
7. Markmann M, Bookman MA. Second line treatment of ovarian cancer. *Oncologist* 2000; 5: 26-35.
8. Jassem J. Paliatywna radioterapia, chemioterapia i leczenie hormonalne. W: *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*. Hebanowski M, de Walden-Gatuszko K, Żylicz Z (red.). PZWL, Warszawa 1998; 148-57.
9. Czuszyńska Z. Jakość życia chorych w terminalnym okresie choroby nowotworowej. W: *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*. Hebanowski M, de Walden-Gatuszko K, Żylicz Z (red.). PZWL, Warszawa 1998; 192-200.
10. Fish LS, Lewis BE. Quality of life issues in the management of ovarian cancer. *Semin Oncol* 1999; 26 (suppl. 1): 32-9.
11. Doyle C, Crump M, Pintilie M, Oza AM. Does palliative chemotherapy palliate? Evaluation of expectations, outcomes, and costs in women receiving chemotherapy for advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1266-74.
12. Majdak E, Mielcarek P, Kozaka J i wsp. Wiek jako czynnik wpływający na jakość życia u kobiet leczonych chemioterapią dożylną z powodu zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkologia* 2002; 6: 31-5.
13. Butler L, Bacon M, Carey M, et al. Determining the relationship between toxicity and quality of life in an ovarian cancer chemotherapy clinical trial. *J Clin Oncol* 2004; 22: 2461-8.
14. Markowska J. Onkologia ginekologiczna. Urban & Partner, Wrocław 2002; 28-33.
15. Urbański K. Nowe metody postępowania w leczeniu zaawansowanego raka jajnika. *Medical Update. Medipress* 2003; Supl. 2.
16. Majkovicz M. Problemy i perspektywy oceny jakości życia w chorobie nowotworowej (ujęcie krytyczne). W: *Psychoonkologia*. de Walden-Gatuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 141-8.
17. Bodurka-Bervers D, Basen-Enbquist K, Carmack CL, et al. Depression, anxiety and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 78: 302-8.
18. De Walden-Gatuszko K. Problemy jakości opieki paliatywnej. W: *Podstawy opieki paliatywnej*. de Walden-Gatuszko K (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 284-93.