

## Różnice w jakości życia kobiet przed rekonstrukcją i po rekonstrukcji piersi mierzone skalą EORTC QLQ-C 30 i EORTC QLQ-BR 23

### *Differences in the quality of life of women before and after breast reconstruction measured with the use of EORTC QLQ-C 30 and EORTC QLQ-BR 23 scale*

Zdzisława Szadowska-Szlachetka, Andrzej Stanisławek, Marianna Charzyńska-Gula, Hanna Kachaniuk, Katarzyna Muzyczka, Katarzyna Kocka

Katedra Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie;

kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Andrzej Stanisławek

Przeгляд Menopauzalny 2013; 3: 254–259

#### Streszczenie

**Wstęp:** Około 13% Polek umiera rocznie z powodu raka piersi. Choroba ta jest pierwsza, jeśli chodzi o epidemiologię nowotworów złośliwych w Polsce wśród kobiet. Leczenie raka piersi jest coraz mniej okaleczające, ale nadal trwa długo i daje wiele objawów ubocznych. Obecnie u części kobiet, gdy nie ma przeciwwskazań, można wykonać odbudowę utraconej piersi, czyli zrekonstruować ją.

**Cel pracy:** Badania miały na celu określenie, czy występują różnice w ocenie jakości życia u kobiet po mastektomii i rekonstrukcji piersi.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto grupę 241 kobiet z lubelskich szpitali onkologicznych: 55,19% z nich ( $n = 133$ ) stanowiły kobiety po mastektomii, natomiast 44,81% ( $n = 108$ ) po rekonstrukcji piersi. W badaniach posłużono się kwestionariuszami do oceny jakości życia chorych na nowotwory złośliwe – EORTC QLQ-C30 oraz osobnym kwestionariuszem (QLQ-BR23) do oceny jakości życia kobiet z rakiem piersi. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu STATISTICA 8.0, przyjmując poziom istotności  $p < 0,05$ .

**Wyniki:** Z badań wynika, że rekonstrukcja piersi wpływa pozytywnie w znaczącym stopniu na ocenę jakości życia kobiet w sferze fizycznej, emocjonalnej i społecznej, natomiast nie ma wpływu na sferę poznawczą.

**Wnioski:** Jakość życia kobiet po rekonstrukcji piersi w większości wymiarów jest oceniana wyżej niż u kobiet po mastektomii. Część kobiet nie wie, że jest możliwe wykonanie rekonstrukcji piersi refundowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wskazane jest informowanie kobiet o możliwości wykonania rekonstrukcji piersi, co być może przyczyniłoby się do większej zgłaszalności kobiet na leczenie onkologiczne, gdyby wiedziały one, że jest ono mniej okaleczające.

**Słowa kluczowe:** rak piersi, mastektomia, rekonstrukcja piersi, jakość życia.

#### Summary

**Introduction:** About 13% of Polish women die every year because of breast cancer. The treatment of breast cancer is becoming increasingly less invasive but it is still long-lasting and causes a lot of side effects. Today, in the case of some women, if there are no contraindications, it is possible to perform breast reconstruction.

**Aim of the study:** The purpose of the research was to determine whether there are differences in the assessment of the quality of life among women after mastectomy and breast reconstruction.

**Material and methods:** The research covered a group of 241 women from oncology hospitals in Lublin. 55.19% ( $n = 133$ ) of them had mastectomy, while 44.81% ( $n = 108$ ) had breast reconstruction. During the research, the following questionnaires were used – EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23. Statistical analyses were conducted based on STATISTICA 8.0 Program, assuming a significance level of  $p < 0.05$ .

**Results:** The research shows that breast reconstruction has a significant positive effect on the assessment of the quality of life of women in the physical, emotional and social sphere, while it has no effect on the cognitive sphere.

Adres do korespondencji:

Zdzisława Szadowska-Szlachetka, Katedra Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; ul. Chodźki 6, 20-093 Lublin

**Conclusions:** The quality of life of women after breast reconstruction in most dimensions is assessed higher than in the case of women after mastectomy. If women knew that the treatment is now less invasive, it would probably contribute to a higher number of women deciding to undergo oncological treatment.

**Key words:** breast cancer, mastectomy, breast reconstruction, quality of life.

## Wstęp

Pierwszą operację odtwórczą piersi wykonał w 1893 r. w Wiedniu Vincenz Czerny, przeszczepiając tłuszczak pobrany z innej okolicy – zabieg się nie powiódł [1]. Właściwe początki chirurgii rekonstrukcyjnej wiążą się z okresem po drugiej wojnie światowej [2].

Jeżeli chodzi o historię rekonstrukcji, w Polsce pierwszy taki zabieg wykonano w 1985 r. na obecnym Oddziale Chirurgicznym Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Instytutu – Centrum Onkologii – im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Zastosowano wówczas rekonstrukcję płatem nadbrzusznym Bommherta i endoprotezę (obecnie tego płata już się nie stosuje). Na początku 1986 r. na oddziale tym wykonano pierwszą rekonstrukcję piersi wyspowym płatem skórno-mięśniowym, zawierającym mięsień najszerzy grzbietu z pleców, uzupełniony endoprotezą. W rok później wprowadzono własną modyfikację tej metody, pozwalającą na użycie samego płata – bez stosowania protezy. Obecnie wykonuje się najnowsze rekonstrukcje natychmiastowe, z zaoszczędzeniem własnej skóry piersi. Wprowadzono też elementy chirurgii rekonstrukcyjnej do leczenia oszczędzającego [3].

## Cel pracy

Celem pracy było ukazanie różnic w ocenie jakości życia kobiet po mastektomii i rekonstrukcji piersi.

## Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę szacowania z zastosowaniem techniki skali numerycznej z dwoma narzędziami – kwestionariuszami badawczymi EORTC QLQ-C 30 (version 3.0) oraz EORTC QLQ-BR 23.

Skala EORTC QLQ-C30 służy do określenia jakości życia osób z nowotworem. Jest to międzynarodowe wystandaryzowane narzędzie badawcze składające się z 5 funkcyjnych skal, 3 skal objawowych i skali do oceny ogólnej jakości życia QoL oraz 6 pojedynczych punktów.

Skala EORTC QLQ-BR 23 służy do określania przez kobiety z rakiem piersi jakości ich życia. Obejmuje następujące podskale: objawy niepożądane leczenia, obraz ciała, funkcjonowanie seksualne, dolegliwości ze strony kończyny górnej i ze strony piersi oraz pojedyncze punkty: perspektywy życiowe, satysfakcję seksualną i stres związany z utratą włosów. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu STATISTICA 8.0, przyjmując poziom istotności  $p < 0,05$ .

Uzyskano zgodę komisji bioetycznej Uniwersytetu Medycznego na przeprowadzenie badań oraz zgodę dyrekcji jednostek, tj. Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 – Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego – Oddziału Chirurgii, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej – Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej i Ośrodka Chirurgii Plastycznej dr. Macieja Kuczyńskiego.

## Wyniki

Badaniami objęto grupę 241 kobiet z województwa lubelskiego. Wśród badanych 55,19% ( $n = 133$ ) stanowiły kobiety po mastektomii, natomiast 44,81% ( $n = 108$ ) po rekonstrukcji piersi. Średni czas od wykonania zabiegu mastektomii wynosił  $4,13 \pm 3,46$  roku, natomiast czas od wykonania rekonstrukcji do badania wynosił  $1,89 \pm 1,25$  roku.

Badania kobiet po mastektomii przeprowadzono w 2011 r. wśród osób zrzeszonych w klubach Amazonek w trzech miejscowościach Lubelszczyzny. Kobiety po rekonstrukcji piersi rekrutowały się spośród pacjentek szpitali, w których te zabiegi wykonano. Zastosowano wobec nich procedurę badania kwestionariuszem w przychodni podczas badań kontrolnych oraz ankietę pocztową po telefonicznym wyrażeniu zgody pacjentek na wykonanie badań.

Z danych wynika, że 82,71% ( $n = 110$ ) respondentek (kobiet po mastektomii) wiedziało, że mogą skorzystać z bezpłatnej rekonstrukcji piersi, a tylko 17,29% ( $n = 23$ ) nie miało takiej wiedzy.

Ogólna jakość życia (QoL) wśród kobiet po rekonstrukcji piersi była znacząco statystycznie wyższa w porównaniu z badanymi po mastektomii. Średnia punktów dla kobiet po mastektomii wyniosła  $55,70 \pm 20,29$ , a dla kobiet po rekonstrukcji piersi  $69,52 \pm 19,14$  ( $p = 0,000001$ ).

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że jakość życia w aspekcie funkcjonowania fizycznego (PF2) była istotnie statystycznie wyższa w grupie kobiet po rekonstrukcji piersi ( $p = 0,0000010$ ) i wynosiła  $72,43 \pm 17,03$ , przedział ufności 69,51–75,35%, natomiast w grupie kobiet po rekonstrukcji piersi średnia wyniosła  $81,79 \pm 17,04$ , przedział ufności 78,54–85,04%.

Wysoce istotne statystycznie różnice między kobietami po mastektomii i rekonstrukcji stwierdzono w jakości życia w zakresie pełnienia ról społecznych ( $p = 0,00001$ ). W tym aspekcie kobiety po rekonstruk-

cji piersi miały wyższą jakość życia. Średnia punktów wyniosła 84,26 ±23,33 w grupie po rekonstrukcji piersi, a w grupie kobiet po mastektomii 71,68 ±24,70.

W aspekcie funkcjonowania emocjonalnego (EF) kobiety po rekonstrukcji piersi także miały istotnie statystycznie wyższe wyniki, średnia punktów wyniosła 69,44 ±20,51, natomiast kobiety po mastektomii miały niższe wyniki (59,85 ±21,59), ( $p = 0,0005$ ).

W sferze funkcjonowania społecznego (CF) stwierdzono, że kobiety po rekonstrukcji piersi miały wyższe wyniki w porównaniu z kobietami po mastektomii ( $p = 0,0001$ ), (72,81 vs 85,03), natomiast nie stwierdzo-

no istotnych różnic w aspekcie funkcjonowania poznawczego ( $p = 0,10$ ), (71,93 vs 76,85). Wyniki przedstawiono w tabeli I.

Jeżeli chodzi o jakość życia mierzoną narzędziem EORTC QLQ-BR 23 dotyczącą skali objawów występujących u badanych kobiet, to wśród kobiet po rekonstrukcji najbardziej nasilone były takie objawy, jak: bezsenność (SL) – 54,64, problemy finansowe (FI) – 43,61 oraz zmęczenie (FA) – 40,27, natomiast najmniej biegunka (DI) – 9,77 oraz nudności i wymioty (NV) – 19,30.

W grupie kobiet po mastektomii wszystkie objawy były bardzo nasilone. Największe nasilenie dotyczyło

**Tab. I.** Funkcjonowanie kobiet po mastektomii i rekonstrukcji piersi w aspekcie funkcjonowania fizycznego, pełnienia ról społecznych, funkcjonowania emocjonalnego, społecznego, poznawczego i ogólnej jakości życia

Ocena w skali EORTC QLQ-C 30	Grupa po mastektomii				Grupa po rekonstrukcji piersi				Analiza statystyczna
	średnia	ufność -95%	ufność +95 %	SD	średnia	ufność -95%	ufność +95 %	SD	
QoL ogólna jakość życia	55,70	52,22	59,18	20,29	69,52	65,87	73,17	19,14	Z = -4,88 $p = 0,000001^*$
PF2 funkcjonowanie fizyczne	72,43	69,51	75,35	17,03	81,79	78,54	85,04	17,04	Z = -5,01 $p = 0,000001^*$
RF2 pełnienie ról społecznych	71,68	67,44	75,92	24,70	84,26	79,81	88,71	23,33	Z = -4,38 $p = 0,000001^*$
EF funkcjonowanie emocjonalne	59,85	56,13	63,57	21,59	69,44	65,53	73,36	20,51	Z = -3,49 $p = 0,0005^*$
CF funkcjonowanie społeczne	72,81	68,46	77,15	25,33	85,03	81,22	88,84	19,99	Z = -3,86 $p = 0,0001^*$
SF funkcjonowanie poznawcze	71,93	67,88	75,98	23,60	76,85	72,85	80,86	20,99	Z = -1,65 $p = 0,10$

SD – odchylenie standardowe (standard deviation)

**Tab. II.** Ocena jakości życia w skali objawów w grupie kobiet po mastektomii i rekonstrukcji piersi

Ocena w skali EORTC QLQ-C 30	Kobiety po rekonstrukcji				Kobiety po mastektomii				Analiza statystyczna
	średnia	ufność -95%	ufność +95 %	SD	średnia	ufność -95%	ufność +95 %	SD	
Zmęczenie (FA)	40,27	36,83	43,70	20,04	66,67	62,55	70,79	21,59	Z = -9,63 $p < 0,000001^*$
Duszność (DY)	23,81	19,38	28,24	25,81	88,89	88,81	89,97	21,38	Z = -12,37 $p < 0,000001^*$
Ból (PA)	31,70	27,02	36,38	27,28	80,56	76,47	84,64	21,44	Z = -10,93 $p < 0,000001^*$
Bezsenność (SL)	54,64	49,40	59,87	30,52	65,43	59,87	70,99	29,15	Z = -2,70 $p = 0,007^*$
Utrata apetytu (AP)	19,30	14,95	23,65	25,36	89,51	85,02	93,99	23,53	Z = -12,01 $p < 0,000001^*$
Nudności i wymioty (NV)	11,78	8,99	14,57	16,26	95,68	93,49	97,87	11,48	Z = -13,30 $p < 0,000001^*$
Biegunka (DI)	9,77	6,64	12,90	18,25	95,68	93,21	98,15	12,96	Z = -13,22 $p < 0,000001^*$
Problemy finansowe (FI)	43,61	37,15	50,07	37,65	77,78	72,42	83,14	28,09	Z = -7,37 $p < 0,000001^*$

SD – odchylenie standardowe (standard deviation)

nudności i wymiotów (NV) – 95,68, oraz biegunki, (DI) – 95,68, a także utraty apetytu (AP) – 89,51, duszności (DY) – 88,89. Analiza statystyczna pozwoliła stwierdzić wysoce istotne różnice pomiędzy grupami w nasileniu ( $p < 0,000001$ ), tylko w bezsenności stwierdzono nieco niższe różnice statystyczne ( $p = 0,007$ ). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli II.

Z przeprowadzonej analizy statystycznej wynika, że kobiety po mastektomii oceniały uboczne objawy leczenia jako bardziej nasilone ( $27,31 \pm 17,77$ ) w porównaniu z kobietami po rekonstrukcji piersi ( $17,99 \pm 13,56$ ). Stwierdzona różnica była wysoce istotna statystycznie ( $p = 0,00002$ ). Kobiety po mastektomii były istotnie bardziej zadowolone ze swojego obrazu ciała ( $27,06 \pm 23,85$ ) w porównaniu z kobietami po rekonstrukcji piersi ( $36,72 \pm 25,60$ ), ( $p = 0,005$ ). Być może ta różnica w obrazie ciała na niekorzyść kobiet po rekonstrukcji piersi wynika stąd, że około połowa badanej populacji była ankietowana niedługo po zabiegu chirurgicznym.

Ankietowane kobiety nisko oceniały swoje perspektywy na przyszłość. Średnia punktów w grupie kobiet po mastektomii wyniosła  $37,84 \pm 31,46$  i była istotnie wyższa w porównaniu z oceną kobiet po rekonstrukcji piersi, u których średnia wyniosła  $49,38 \pm 33,01$  ( $p = 0,006$ ). Zarówno kobiety po mastektomii, jak i rekonstrukcji piersi bardzo nisko oceniały funkcjonowanie seksualne. Średnia punktów w wyniosła w grupie kobiet po mastektomii  $23,99 \pm 22,96$ , natomiast w grupie kobiet po rekonstrukcji była nieco wyższa ( $28,24 \pm 20,31$ ). Stwierdzone różnice były bliskie istotności statystycznej ( $p = 0,07$ ). Satysfakcja seksualna była wyższa wśród kobiet po mastektomii ( $46,59 \pm 25,47$ ) w porównaniu z kobietami po rekonstrukcji piersi, gdzie średnia wyniosła

$30,84 \pm 26,18$ . Stwierdzone różnice nie były znamienne statystycznie ( $p = 0,0006$ ). Dolegliwości ze strony kończyny górnej były bardziej nasilone w grupie kobiet po mastektomii ( $34,84 \pm 27,35$ ) w porównaniu z badanymi po rekonstrukcji piersi ( $20,47 \pm 20,56$ ). Stwierdzono wysoce istotne różnice w tym aspekcie pomiędzy grupami ( $p = 0,00005$ ). Także dolegliwości ze strony piersi były bardziej nasilone w grupie kobiet po mastektomii ( $20,91 \pm 22,73$ ) w porównaniu z respondentkami po rekonstrukcji piersi ( $12,27 \pm 14,52$ ), ( $p = 0,003$ ). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli III.

## Omówienie wyników, dyskusja

Z przeprowadzonych badań narzędziem EORTC QLQ-C30 wynika, że ogólna jakość życia (QoL) wśród kobiet po rekonstrukcji piersi była wysoce istotnie statystycznie wyższa w porównaniu z badanymi po mastektomii. Stwierdzono także, że jakość życia w aspekcie funkcjonowania fizycznego (PF2), funkcjonowania emocjonalnego (EF), funkcjonowania społecznego (SF) i w aspekcie pełnienia ról społecznych (RF2) była wysoce istotnie wyżej oceniana przez kobiety po rekonstrukcji piersi. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zakresie funkcjonowania poznawczego (CF). Z przeprowadzonej analizy statystycznej dotyczącej oceny jakości kobiet z rakiem piersi (skala EORTC QLQ-BR 23) wynika, że kobiety po mastektomii oceniały objawy niepożądane leczenia jako bardziej nasilone w porównaniu z kobietami po rekonstrukcji piersi. Kobiety po mastektomii były istotnie bardziej zadowolone ze swojego obrazu ciała w porównaniu z kobietami po rekonstrukcji piersi. Być może ta różnica w obrazie ciała na niekorzyść kobiet

**Tab. III.** Ocena objawów niepożądanych leczenia, perspektyw na przyszłość, obrazu ciała, funkcjonowania seksualnego i satysfakcji seksualnej w grupie kobiet po mastektomii i rekonstrukcji piersi

Ocena skalą EORTC QLQ-BR 23	Kobiety po mastektomii				Kobiety po rekonstrukcji piersi				Analiza statystyczna
	średnia	ufność -95%	ufność +95%	SD	średnia	ufność -95%	ufność +95%	SD	
BRST objawy niepożądane leczenia	27,31	24,26	30,35	17,77	17,99	15,41	20,58	13,56	Z = 4,27 p = 0,00002*
BRBI obraz ciała	36,72	32,33	41,11	25,60	27,06	22,51	31,61	23,85	Z = 2,83 p = 0,005*
BRFU perspektywy na przyszłość	37,84	32,45	43,24	31,46	49,38	43,09	55,68	33,01	Z = -2,74 p = 0,006*
BRSEF funkcjonowanie seksualne	23,99	20,04	27,94	22,96	28,24	24,37	32,12	20,31	Z = -1,82 p = 0,07
BRSEE satysfakcja seksualna	46,59	41,02	52,15	25,47	30,84	25,82	35,86	26,18	Z = 3,56 p = 0,0006*
BRAS dolegliwości ze strony kończyny górnej	34,84	30,15	39,53	27,35	20,47	16,58	24,36	20,39	Z = 4,07 p = 0,00005*
BRBS dolegliwości ze strony piersi	20,91	17,01	24,80	22,73	12,27	9,50	15,04	14,52	Z = 2,93 p = 0,003*

SD – odchylenie standardowe (standard deviation)

po rekonstrukcji piersi wynika stąd, że około połowa badanej populacji była ankietowana bezpośrednio po zabiegu operacyjnym lub bardzo niedługim czasie po zabiegu. Ankietowane kobiety z obu grup nisko oceniały swoje perspektywy na przyszłość i funkcjonowanie seksualne. Satysfakcja seksualna była wyżej oceniana przez kobiety po mastektomii w porównaniu z kobietami po rekonstrukcji piersi, ale stwierdzone różnice nie były znamienne statystycznie. Dolegliwości ze strony kończyny górnej i dolegliwości ze strony piersi były bardziej nasilone w grupie kobiet po mastektomii.

Utrata piersi powoduje u kobiety zachwianie wiary we własną kobiecość, a także poczucie braku możliwości spełnienia się w roli matki. Chirurgiczne usunięcie piersi nie jest inwalidztwem w powszechnym tego słowa znaczeniu, ale jest kalectwem w sensie psychicznym. Kobiety, szczególnie młode, boją się utraty atrakcyjności [4].

W polskich badaniach 107 kobiet po mastektomii – członkiń klubu „Amazonki” z Łodzi, Wrocławia i Legnicy podczas badania z użyciem ankiety dotyczącej oceny jakości życia, opracowanej przez G. Hansena z *Norwegian University of Sport and Physical Education* uzyskano następujące wyniki: mastektomia wpływa znacznie na życie seksualne kobiet – „kompleks połowy kobiety” spowodowany usunięciem piersi, badane uważają, że operacja negatywnie wpłynęła na ich seksualność (55%) i atrakcyjność (70%). Problemem dla badanych jest blizna pooperacyjna (58%) i większość badanych nie akceptuje siebie w negliżu (70%). Zaobserwowano także pewne niekorzystne objawy w sferze życia psychicznego – uczucie zdenerwowania, rozdrażnienia, problemy z koncentracją. W tym badaniu ponad 80% kobiet po mastektomii podawało niższą niż przed zabiegiem aktywność życiową [5]. Z kolei w badaniu 65 kobiet z klubu „Amazonki” z Rzeszowa – w skalach oceniających jakość życia związaną z rakiem piersi najlepiej oceniali obraz ciała (69,4%), natomiast najniższą punktację otrzymał wynik opisujący funkcjonowanie seksualne – przyjemność seksualną (22,1%) [6]. Arora i wsp. wykazali, że kobiety po rekonstrukcji piersi miały lepsze samopoczucie niż kobiety po mastektomii bez rekonstrukcji [7].

Wśród 155 kobiet z ośrodka poznańskiego badanych tym samym kwestionariuszem EORTC QLQ-C 30 grupa kobiet z wykształceniem wyższym najwyżżej oceniła swój stan w skalach „funkcjonowania fizycznego” ( $p = 0,052$ ), „funkcjonowania poznawczego” ( $p = 0,041$ ), „funkcjonowania społecznego” ( $p = 0,021$ ), a najniżżej w skalach „bezsensowność” ( $p = 0,025$ ), oraz „trudności finansowe” ( $p = 0,0001$ ). W badaniach z wykorzystaniem kwestionariusza EORTC QLQ-BR 23 podgrupa z wykształceniem wyższym uzyskała wyższe wyniki w kategoriach „ocena wyglądu” ( $p = 0,008$ ), „skutki uboczne terapii” ( $p = 0,01$ ), „stan ręki” ( $p = 0,087$ ) oraz „prognoza zdrowia” ( $p = 0,023$ ). Pacjentki z wykształceniem

wyższym lepiej oceniają własne możliwości niż kobiety, które edukację zakończyły na szkole średniej lub zawodowej. Ponadto pacjentki z wyższym wykształceniem najlepiej oceniały swój wygląd i miały najbardziej optymistyczną ocenę stanu prognozy stanu zdrowia, lepiej znosiły niedogodności leczenia. Kobiety z wykształceniem średnim miały niższe wyniki w pomiarze jakości życia niż pacjentki z wykształceniem wyższym i wyższe niż kobiety z wykształceniem zawodowym – może stąd wynikać wniosek, że im wyższe wykształcenie, tym lepsza jakość życia [8]. Podobne wyniki badań uzyskano w Australii i w Turcji, gdzie wskazano, że im lepsze wykształcenie i status wykonywanej pracy, tym lepsza jakość życia w chorobie [9, 10]. W badaniach austriackich kobiet z rakiem piersi jakość życia oceniana narzędziem EORTC QLQ-C 30 i EORTC QLQ-BR 23 kształtowała się następująco: funkcjonowanie fizyczne 89,9  $\pm$  4,5; pełnienie ról społecznych 91,7  $\pm$  12,2; funkcjonowanie poznawcze 86,7  $\pm$  1,1; funkcjonowanie emocjonalne 69,4  $\pm$  22,2; funkcjonowanie społeczne 88,9  $\pm$  17,1; ogólna jakość życia 73,5  $\pm$  22,2; obraz ciała 75,3  $\pm$  29,8; perspektywy na przyszłość 54,4  $\pm$  28,3; funkcjonowanie seksualne 37,2  $\pm$  29,9; satysfakcja seksualna 66,7  $\pm$  28,0 (87).

W badaniach obejmujących 1927 niemieckich kobiet z rakiem piersi, w ocenie badanych, przy użyciu tej samej skali, jakość życia kształtowała się następująco: funkcjonowanie fizyczne 85,6, pełnienie ról społecznych 83,9, funkcjonowanie poznawcze 88,9, funkcjonowanie emocjonalne 75,9, funkcjonowanie społeczne 89,7, ogólna jakość życia 65,4, obraz ciała 83,3, perspektywy na przyszłość 33,3, funkcjonowanie seksualne 33,3, satysfakcja seksualna 66,7, dolegliwości ze strony piersi 16,7, dolegliwości ze strony kończyny górnej 22,2 [11].

W badaniu z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu z lat 1998–2005 dotyczącego kobiet po mastektomii, ale bez obrzęku limfatycznego (211 osób) uzyskano następujące wyniki w badaniu skalą EORTC QLQ-C-30 i EORTC-BR-23: funkcjonowanie fizyczne 70, pełnienie ról społecznych 82, funkcjonowanie poznawcze 77, funkcjonowanie emocjonalne 61, funkcjonowanie społeczne 82, ogólna jakość życia 57, obraz ciała 62, perspektywy na przyszłość 62, funkcjonowanie seksualne 80, satysfakcja seksualna 40, dolegliwości ze strony piersi 16, dolegliwości ze strony kończyny górnej 24 [12].

Rekonstrukcja piersi jest zabiegiem chirurgicznym, który generalnie poprawia jakość życia, daje psychospołeczne zyski bez zmniejszenia szans na przeżycie kobiety, bez względu na poziom zaawansowania choroby [13].

Ueda i wsp. również oceniali jakość życia – grupa pacjentek bez wykonanej rekonstrukcji po zabiegu mastektomii istotnie gorzej oceniała swój wygląd [14]. Dane pokazują, że 80% kobiet po rekonstrukcji z ośrodka gdańskiego uważało, że zabieg ten poprawił ich atrakcyjność, choć 65% kobiet nadal obawiało się o swój stan zdrowia [15]. Uważa się, że rekonstrukcja



piersi poprawia jakość życia, poprawia też postrzeganie obrazu własnego ciała [16–18].

W badaniach z randomizacją przeprowadzonych w Melbourne z udziałem 227 australijskich kobiet chorych na raka piersi narzędziem EORTC QLQ-C 30 i EORTC-BR 23 1/3 kobiet czuła się mniej atrakcyjna, 1/4 była niezadowolona z obrazu własnego ciała, mniej niż u 1/3 występowały objawy menopauzy, a u 11,5% objawy związane z usunięciem węzłów chłonnych [19].

## Wnioski

1. Jakość życia mierzona skalą EORTC QLQ-C30 i EORTC QLQ-BR 23 była wyższa u kobiet po rekonstrukcji piersi niż u kobiet po mastektomii, szczególnie w aspekcie funkcjonowania fizycznego, pełnienia ról społecznych i funkcjonowania emocjonalnego.
2. Nie stwierdzono istotnych różnic w aspekcie funkcjonowania poznawczego.
3. Wskazane jest informowanie kobiet po mastektomii o możliwości wykonania rekonstrukcji piersi.
4. Wskazane jest zapewnienie większej dostępności kobietom po mastektomii do rekonstrukcji piersi ze względu na duże korzyści w sferze społecznej i emocjonalnej.

## Piśmiennictwo

1. Goldwyn RM. Vincenz Czerny and the beginnings of breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61: 673-80.
2. Gilles HD, Millard DR. *Principles and art of plastic surgery*. Little Brown, Boston 1957; 297-300
3. Lewandowska H. Sposoby na nową pierś. *Sprawy Nauki. Biuletyn Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego* 2005; 4: 109-11.
4. Piątek J, Krauss H, Gaik M i wsp. Jakość życia kobiet po amputacji piersi. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy* 2004; 4: 173-7.
5. Chawtczyńska A, Woźniakowski M, Bożek-Mróż K, Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie* 2004; 57: 5-6.
6. Skreń-Magierło J, Sobolewski M. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Prz Menopauz* 2009; 13: 15-9.
7. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer* 2001; 92: 1288-98.
8. Graja T, Grodecka-Gazdecka S. Czynniki wpływające na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy* 2005; 3: 115-20.
9. King MT, Kenny P, Shiell A, et al. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res* 2000; 7: 789-800.
10. Uzun O, Aslan FE, Selimen D, Koç M. Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *J Nurs Scholarch* 2004; 3: 207-13.
11. Waldmann A, Pritzkeleit R, Raspe H, Katalinic A. The OVIS study: health related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30 and -BR23 in German female patients with breast cancer from Schleswig-Holstein. *Quql Life Res* 2007; 16: 767-76.
12. Chachaj A, Matyszczyk K, Lukas J, et al. Jakość życia kobiet z obrzękiem kończyny górnej po leczeniu raka piersi. *Współczesna Onkol* 2007; 11: 444-84.
13. Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR, et al. The psychological effect of mastectomy with and without breast reconstruction. *Plastic Reconstr Surg* 2003; 111: 1060-8.
14. Ueda S, Tamaki Y, Yano K, et al. Cosmetic outcome and patient satisfaction after skin-sparing mastectomy for breast cancer with immediate reconstruction of the breast. *Surgery* 2008; 143: 414-25.
15. Nowicki A, Nikiel M. Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek. *Współczesna Onkol* 2006; 10: 45-50.
16. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patients satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000; 36: 1938-43.
17. Ananian P, Houvenaeghel G, Protière C, et al. Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2004; 11: 762-71.
18. Dixon JM, Venizelos B, Chan P. Latissimus dorsi mini-flap: a technique for extending breast conservation. *Breast* 2002; 11: 58-65.
19. Grabsch B, Clarke DM, Love A, et al. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care* 2006; 4: 47-56.