

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

\*Krzysztof Szczepanik, Ewa Telka, Bożena Jochymek, Wioletta Miśta, Łukasz Kleszyk

Zakład Radioterapii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach  
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Leszek Miszczyk

## TOLERANCE OF GYNECOLOGICAL CANCER RADIATION THERAPY BY WOMEN DURING THE POST MENOPAUSE

### Summary

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

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

### WSTĘP

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

Rak szyjki macicy może występować w kilku postaciach nabłonkowych (rak płaskonabłonkowy, gruczolowy, brodawkowaty, postaci mieszane) oraz wykazywać 4 stopnie zaawansowania. Infekcja wirusem HPV 16,18 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, ew. badanie kolposkopowe, badanie histopatologiczne wycinka z części pochwowej szyjki macicy. W zależności od sytuacji klinicznej wykonuje się także inne badania, jak np.: żyłczekowanie 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, badanie histeroskopowe z biopsją endometrium.

Nowotwory narządu rodnego są jednym 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, genetyczne. Innymi również ważnymi czynnikami są:

ilość donoszonych ciąży, a także doustna antykoncepcja. Zachorowalność na raka jajnika w Polsce wynosi 11 na 100 000 kobiet. Szacuje się, iż około 5 do 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. Możliwość, jakie dają stosowane w Poradniach Genetycznych testy genetyczne sprawiają, iż 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 (3, 7, 13, 15, 17).

Według danych statystycznych Narodowego Instytutu Raka w Bethesda (USA) najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet jest rak sutka. Ryzyko jego wystąpienia w ciągu życia wynosi ponad 10% (1, 3, 9). Z kolei, rak jajnika występuje stosunkowo rzadziej (ok. 1,8%), jednak śmiertelność kobiet z jego powodu jest relatywnie wysoka. Pomimo postępu, jaki dokonał się w dziedzinie diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej, badanie ginekologiczne oraz dokładnie zebrany wywiad pozostają w dalszym ciągu najważniejszymi elementami procesu diagnostyki nowotworów narządu rodowego (4, 9, 12, 17, 20). Metody leczenia tych nowotworów oraz jego następstwa mogą być przyczyną obniżenia jakości życia, o której decydują czynniki somatyczne, psychiczne i społeczne (3). 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 (5, 7, 9, 13, 16, 18).

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 (13). Usunięcie macicy w społeczeństwie, w którym jest to „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 (1, 2, 6, 12, 15, 17). 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 (11, 16, 19, 20).

Przez pojęcie „jakość życia” rozumie się najczęściej dobrostan fizyczny, psychiczny i socjalny (3, 11, 15, 19,

20). Wells i Testa uważają, że jest to przede wszystkim subiektywna percepcja dobrego samopoczucia, satysfakcja z życia i codziennego funkcjonowania. Podobnie określa jakość życia Dolkej, mówiąc, iż 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 (2-5, 7, 9, 11, 15, 17, 19).

Czynniki składające się na jakość życia dzielą się najczęściej na:

- 1) subiektywne, do których zalicza się:
  - stan fizyczny (ogólna sprawność i wydolność, występowanie dolegliwości);
  - stan psychiczny (reakcje lękowe, depresje, obraz siebie, stres);
  - sytuację socjalną (satysfakcja z pracy i zarobków, sposób spędzania wolnego czasu);
  - relacje międzyludzkie (wsparcie społeczne, kontakt z innymi osobami);
- 2) obiektywne, w tym:
  - stan zdrowia (wyniki badań laboratoryjnych i specjalistycznych);
  - obraz kliniczny choroby;
  - stan socjalno-ekonomiczny (praca, zarobki, mieszkanie, samochód);
  - kontakty społeczne (ich ilość i jakość) (1, 3, 10, 12, 15, 20).

## CEL PRACY

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

## MATERIAŁ I METODA

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

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

## WYNIKI

W przypadku pierwszej grupy pytań dotyczących tolerancji wysiłku podczas codziennych czynności i aktywności życiowych (pytania od 1 do 5), dolegliwości utrudniające lub uniemożliwiające ich wykonywanie, występujące bardzo często zgłosiło 9% pacjentek, często 15%, rzadko 35%, natomiast brak powyższych ograniczeń podawało 41% chorych.

Druga grupa pytań (od 6 do 28) dotyczyła występujących w ostatnim tygodniu ograniczeń podczas wykonywania pracy, codziennych czynności, hobby, a także występowania dolegliwości, takich 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 występowania 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 oceny jakości życia jako jednego 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 następujący znaczny spadek hormonów płciowych, w szczególności estrogenów, 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 rodowego, zwiększa się także ilość przeprowadzanych zabiegów operacyjnych, 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, iż postęp w dziedzinie medycyny zwiększający możliwości diagnostyczne (np. USG 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. Czynniki, które zwiększają to ryzyko, to: palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, nieodpowiednia dieta, brak aktywności fizycznej, wielopartnerstwo seksualne.

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

#### Piśmiennictwo

1. Stępczyńska J, Potemski P: Nowotwory jajnika. [W:] Kordek R, Jassem J, Krakowski M, Jezierski A (red.): Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Medical Press, Gdańsk 2003; 190-195.
2. Markowska J: Onkologia ginekologiczna. Urban & Partner, Wrocław 2002; 28-33.
3. Krzakowski M: Onkologia kliniczna. Tom 2. Borgis 2001; 140-141.
4. Jassem J: Paliatywna radioterapia, chemioterapia i leczenie hormonalne. [W:] Hebanowski M, de Walden-Gałuszko K, Żylicz Z (red.): Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. PZWL, Warszawa 1998; 148-157.
5. 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: 1266-1274.
6. Urbański K: Nowe metody postępowania w leczeniu zaawansowanego raka jajnika. Medical Update. Medipress 2003; Supl. 2.
7. Conte PF, Cianci C, Gadducci A: Update in the management of advanced ovarian carcinoma. Crit Rev Oncol Hematol 1999; 32: 49-58.
8. Williams LL: Secondary cytoreduction of ovarian malignancies. [In:] Markmann M, Hoskins WJ (red.): Cancer of the ovary. Raven Press, Ne 130 www.pmp.viamedica.pl.
9. Markmann M, Bookman MA: Second line treatment of ovarian cancer. Oncologist 2000; 5: 26-35.
10. De Walden-Gałuszko K: Problemy jakości opieki paliatywnej. [In:] de Walden-Gałuszko K (red.): Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2004; 284-293.
11. Majkovicz M: Problemy i perspektywy oceny jakości życia w chorobie nowotworowej (ujęcie krytyczne). [In:] de Walden-Gałuszko K (red.): Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 141-148.
12. Czuszyńska Z: Jakość życia chorych w terminalnym okresie choroby nowotworowej. [In:] Hebanowski M, de Walden-Gałuszko K, Żylicz Z (red.): Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. PZWL, Warszawa 1998; 192-200.
13. 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: 189-193.
14. Afa-Zajac A, Mess E, Gryboś M et al.: Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową narządu rodowego (Quality of life in women with carcinoma of the genital organs). Adv Gin Exp Med 2005; 14: 151-156.
15. Chojnacka-Szawłowska G, Majkovicz M: Jakość życia kobiet leczonych z powodu nowotworu złośliwego narządów rodnych. [In:] de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
16. Majdak E, Mielcarek P, Kozaka J et al.: Wiek jako czynnik wpływający na jakość życia u kobiet leczonych chemioterapią dożylną z powodu zaawansowanego raka jajnika. Psychoonkologia 2002; 6: 31-35.
17. Kozaka J: Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika (Quality of life and sense of coherence

in women with ovarian cancer). *Psychoonkologia* 2002; 6: 13-19.  
**18.** 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: 2461-2468. **19.** Bodurka-Bevers D,

Basen-Enbquist K, Carmack CL et al.: Depression, anxiety and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 78: 302-308. **20.** Fish LS, Lewis BE: Quality of life issues in the management of ovarian cancer. *Semin Oncol* 1999; 26 (supl. 1): 32-39.

otrzymano/received: 11.04.2011  
zaakceptowano/accepted: 16.05.2011

Adres do korespondencji:  
\*Krzysztof Szczepanik  
Zakład Radioterapii, Centrum Onkologii – Instytut  
im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach  
ul. Wybrzeże AK 15, 44-101 Gliwice  
tel.: (32) 278-80-01  
e-mail: chris730@poczta.onet.pl

### Warunki prenumeraty

Prenumerata kwartalnika „Nowa Medycyna” obejmuje 4 kolejne numery i można ją rozpocząć w dowolnym terminie. Cena prenumeraty w roku 2011 wynosi 96,00 zł. Zamówienia na prenumeratę można składać:

- wpłacając ww. kwotę na konto Wydawnictwa **Borgis**<sup>®</sup> Sp. z o.o. BPH S.A.  
83 1060 0076 0000 3200 0128 9311
- telefonicznie lub faxem tel. (22) 836-96-69, fax: (22) 414-51-14
- pocztą elektroniczną e-mail: [nowamedycyna@borgis.pl](mailto:nowamedycyna@borgis.pl)
- [www.nowamedycyna.pl](http://www.nowamedycyna.pl)
- pocztą: **Borgis**<sup>®</sup> Sp. z o.o., 02-798 Warszawa, ul. Ekologiczna 8 lok. 103

Informujemy również, iż istnieje możliwość zakupu poszczególnych numerów czasopisma „Nowa Medycyna” poza prenumeratą. Cena detaliczna 1 egzemplarza wynosi 32,00 zł.