

Jakość życia w nowotworach układu moczowo-płciowego

Roman Sosnowski

- Jakość życia jest istotnym elementem w procesie terapeutycznym chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego. Jej dobry poziom stanowi istotny element w ocenie skuteczności leczenia; choremu zależy nie tylko na przedłużeniu życia, ale i na zadowoleniu z życia.
- Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQL, *health related quality of life*) wprowadzono do współczesnej medycyny w latach 90. XX wieku [1]. Pozostaje ono w ścisłej zależności od sformułowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) definicji zdrowia jako stanu pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko braku choroby.
- Ze względu na coraz dłuższy czas przeżycia chorych na nowotwory układu moczowo-płciowego konieczna jest dbałość o zachowanie jak najlepszego poziomu HRQL.
- W związku z możliwością stosowania różnych sposobów leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego, zapewniających porównywalne rezultaty kliniczne, coraz ważniejszą rolę przy ich wyborze odgrywa przewidywana HRQL.
- W każdej sytuacji przed planowanym leczeniem należy odpowiednio uświadomić chorego (wyjaśnienie wszelkich kwestii dotyczących leczenia, powikłań i radzenia sobie z nimi a także okresu po leczeniu), gdyż minimalizuje to działania niepożądane terapii i pozwala na zachowanie dobrego poziomu HRQL.



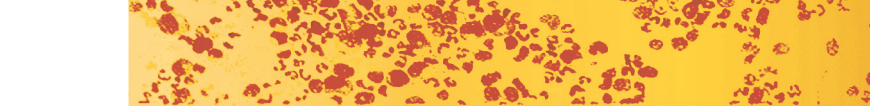
Wybrane zagadnienia dotyczące jakości życia u chorych na nowotwory układu moczowo-płciowego

Rak nerki

- U 80% chorych poddanych nefrektomii radykalnej (NR) lub częściowej resekcji nerki (NSS, *nephron sparing surgery*) jakość życia powraca do poziomu sprzed operacji po upływie roku. Takie parametry, jak: wiek, masa ciała, poziom wykształcenia, status zawodowy, rozpoznanie histologiczne, rozmiar guza oraz czas, jaki upłynął od operacji, znacząco wpływają na poziom HRQL [2].
- Pacjenci poddani NSS ze wskazań życiowych (jedyna czynna nerka, wieloogniskowość guzów) zgłaszają wyraźniej większe obawy (wyższy poziom stresu pourazowego) związane z ryzykiem nawrotu raka w porównaniu z chorymi poddanymi NR lub planowemu NSS.
- W ogólnej ocenie HRQL brakuje istotnych różnic między chorymi poddanymi NR i NSS; w podskali oceniającej funkcjonowanie fizyczne pacjenci poddani NSS mają wyraźnie lepsze wyniki.

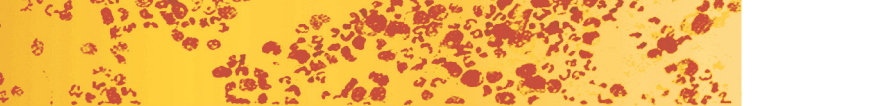
Rak pęcherza moczowego

- Radykalna cystektomia (RC), niezależnie od metody odprowadzenia moczu, znacząco wpływa na HRQL.
- Brakuje jednoznacznej odpowiedzi, która z metod odprowadzenia moczu [wstawka jelitowa (IC, *ileal-conduit*) czy ortotopowy zbiornik jelitowy (OZJ)] prowadzi do zachowania wyższego poziomu HRQL. W większości badań nie wykazano różnic w ogólnej jakości życia między różnymi sposobami odprowadzenia moczu [3, 4]. Tylko w jednym badaniu stwierdzono istotne różnice w zakresie jakości życia u pacjentów poddanych cystektomii (we wszystkich ocenianych domenach HRQL i ogólnej jakości życia stwierdza się wyraźną przewagę u pacjentów z OZJ) [5].

- 
- W ostatnich latach, dzięki postępowi technik chirurgicznych, odnotowuje się trend w kierunku lepszej jakości życia u chorych z odprowadzeniem moczu typu OZJ [6].
 - W takich domenach HRQL, jak akceptacja własnego ciała, aktywność fizyczna, aktywność seksualna, gorsze wyniki są obserwowane u chorych poddanych IC [7].
 - Ponieważ metoda odprowadzenia IC jest stosowana częściej u osób w starszym wieku, różnicuje to chorych na grupę „młodszych” — z odprowadzeniem OZJ i „starszych” — z odprowadzeniem IC. Starsze osoby mają mniejsze oczekiwania i szybciej adaptują się do zaistniałych nowych warunków. Oczekiwania młodszych osób są znacznie większe, a ich niespełnienie wiąże się ze znacznie wyższym niezadowoleniem i obniżeniem jakości życia. Wiek ma też istotne znaczenie w aspekcie aktywności seksualnej, zainteresowania seksem i postrzegania swojej osoby w aspekcie męskości.

Rak prącia

- Jakość życia chorych po leczeniu raka prącia ulega wyraźnemu pogorszeniu po zastosowaniu bardziej okaleczających metod chirurgicznych. Okaleczenie w istotnie negatywny sposób wpływa na postrzeganie własnego ciała. Głównym powodem abstynencji seksualnej po częściowej amputacji jest poczucie wstydu z powodu małych rozmiarów prącia i braku żołądki. Trzon prącia krótszy niż 4 cm wyraźnie utrudnia odbycie satysfakcjonującego stosunku płciowego, a także przeżycie orgazmu [8].
- Chorzy poddani całkowitej penektomii nie wykazują zainteresowania życiem seksualnym (brak pożądania seksualnego) lub jest ono wyraźnie obniżone [9].
- Ważną rolę odgrywają relacje partnerskie, zachowane na dobrym poziomie, mimo wdrożonego leczenia okaleczającego narządy płciowe.
- Wsparcie psychologiczne prowadzone przed leczeniem i po leczeniu znacząco pomaga choremu osiągnąć zadowalający poziom HRQL.


- 
- Metody leczenia oszczędzającego (laseroterapia, chirurgia oszczędzająca, radioterapia) w istotny sposób poprawiają HRQL [10] i powinny być stosowane w każdej możliwej sytuacji.

Nowotwory jądra

- Specyficznymi zagadnieniami z zakresu jakości życia u chorych z guzem jądra są depresja, sfera życia seksualnego, możliwości prokreacji i postrzeganie własnego ciała.
- Rozpoznanie nowotworu jądra znacząco wpływa na jakość życia — nie tylko chorego, ale także jego najbliższych. Przed rozpoczęciem chemioterapii u 26% chorych i 50% partnerów (najbliższe otoczenie chorego) występuje negatywna reakcja na stres (SRS, *stress response symptoms*) [11].
- W odległym czasie po zakończeniu leczenia raka jądra HRQL jest zwykle na dobrym lub zadowalającym poziomie, mimo niewielkich zaburzeń w zakresie czynności seksualnych i płodności [12].

Rak gruczołu krokowego

- Istnieje wyraźny, negatywny wpływ badań przesiewowych na HRQL u tych mężczyzn, którzy uzyskali wynik fałszywie dodatni (podejrzanie raka stercza i negatywny wynik biopsji) [13]. Dla większości mężczyzn wzrost stężenia swoistego antygenu prostaty (PSA, *prostate specific antigen*) jest pierwszym sygnałem możliwości wykrycia choroby nowotworowej, jednak tylko u 5% fakt ten powoduje istotne podwyższenie poziomu obaw i stresu [14].
- Wskaźnik HRQL po zastosowaniu prostatektomii, brachyterapii lub radioterapii wiązką zewnętrzną wykazuje odrębny charakter zmian. Różnego stopnia pogorszenie jakości życia seksualnego oraz trzymania moczu stwierdza się w każdej z wyżej wymienionych metod terapii. Głównymi skutkami ubocznymi radykalnej prostatektomii są nietrzymanie moczu (występujące u niewielkiego odsetka chorych, w miarę upływu czasu od zabiegu ulegające poprawie) oraz zaburzenia związane z sferą seksualną (zaburzenia wzwodu). U chorych poddanych brachyterapii lub radioterapii



wiązką zewnętrzną przede wszystkim dominują objawy z dolnych dróg moczowych (np. objawy podrażnieniowe) oraz zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego; mogą one się utrzymywać przez wiele lat.

Piśmiennictwo

1. Shipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. *J. Psychosoc. Oncol.* 1990; 8: 171–185.
2. Ficarra V., Novella G., Sarti A. i wsp. Psycho-social well-being and general health status after surgical treatment for localized renal cell carcinoma. *Int. Urol. Nephrol.* 2002–2003; 34: 441–446.
3. Månsson A., Davidsson T., Hunt S., Månsson W. The quality of life in men after radical cystectomy with a continent cutaneous diversion or orthotopic bladder substitution: is there a difference? *BJU Int.* 2002; 90: 386–390.
4. Wright J.L., Porter M.P. Quality-of-life assessment in patients with bladder cancer. *Nat. Clin. Pract. Urol.* 2007; 4: 147–154.
5. Hobisch A., Tosun K., Kinzl J. i wsp. Life after cystectomy and orthotopic neobladder versus ileal conduit urinary diversion. *Semin. Urol. Oncol.* 2001; 19: 18–23.
6. Dutta S.C., Chang S.C., Coffey C.S., Smith J.A. Jr, Jack G., Cookson M.S. Health related quality of life assessment after radical cystectomy: comparison of ileal conduit with continent orthotopic neobladder. *J. Urol.* 2002; 168: 164–167.
7. Hardt J., Filipas D., Hohenfellner R., Egle U.T. Quality of life in patients with bladder carcinoma after cystectomy: first results of a prospective study. *Qual. Life Res.* 2000; 9: 1–12.
8. Schover L.R., von Eschenbach A.C., Smith D.B., Gonzalez J. Sexual rehabilitation of urologic cancer patients: a practical approach. *CA Cancer J. Clin.* 1984; 34: 66–74.
9. Ficarra V., Mofferdin A., D. Amico A. i wsp. [Comparison of the quality of life of patients treated by surgery or radiotherapy in epidermoid cancer of the penis] Comparaison de la qualité de vie des patients traités pour cancer épidermoïde de la verge par chirurgie ou radiothérapie. *Progr. Urol.* 1999; 9: 715–720
10. Windahl T., Skeppner E., Andersson S.O., Fugl-Meyer K.S. Sexual function and satisfaction in men after laser treatment for penile carcinoma. *J. Urol.* 2004; 172: 648–651.
11. Tuinman M.A., Hoekstra H.J., Sleijfer D.T. i wsp. Testicular cancer: a longitudinal pilot study on stress response symptoms and quality of life in couples before and after chemotherapy. *Support Care Cancer* 2007; 15: 279–286.
12. Fler J., Hoekstra H.J., Sleijfer D.T., Tuinman M.A., Klip E.C., Hoekstra-Weebers J.E. Quality of life of testicular cancer survivors and the relationship with sociodemographics, cancer-related variables, and life events. *Support Care Cancer* 2006; 14: 251–259.
13. Arcangeli C.G., Ornstein D.K., Keetch D.W. i wsp. Prostate-specific antigen as a screening test for prostate cancer: the United States experience. *Urol. Clin. North Am.* 1997; 24: 299–306.
14. Carlsson S., Aus G., Wessman C. i wsp. Anxiety associated with prostate cancer screening with special reference to men with a positive screening test (elevated PSA) — results from a prospective, population-based, randomised study. *Eur. J. Cancer* 2007; 43: 2109–2116.