

EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII CU CANCER DE PROSTATĂ

Evaluation of quality of life in prostate cancer patients

**Dr. Justin Aurelian, Dr. Daniel Badescu, As. Ileana Ionel, Conf. Dr. Valentin Ambert,
Prof. Dr. Viorel Jinga, Prof. Dr. Petru Armean**

*Spitalul Clinic „Prof. Dr. Th. Burghel”, Clinica de Urologie, București
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București*

REZUMAT

Calitatea vieții nu reprezintă un concept nou, ci unul al cărei înțelegere și terminologie au evoluat de-a lungul timpului. Impactul cancerului de prostată asupra calității vieții este major, rezultatele tratamentului fiind influențate de percepția pacientului despre boala sa. Starea emoțională, precum și îngrijorările induse de evoluția afecțiunii și a tratamentului, reprezintă elemente importante pentru o bună relație medic-pacient.

Cuvinte cheie: cancer de prostată, calitatea vieții, funcționalitate emoțională

ABSTRACT

Quality of life is not a new concept but one whose understanding and terminology evolved over time. The impact of prostate cancer on quality of life is significant, treatment outcomes being influenced by the patient's perception about his illness. Emotional state and concerns induced by the disease progression and treatment are important elements for a good doctor-patient relationship.

Keywords: prostate cancer, quality of life, emotional functioning

INTRODUCERE

Primele cercetări legate de calitatea vieții își au originea în sociologie, psihologie și economie. În timpul secolului XX, calitatea vieții a fost un indicator de bunăstare socială, fiind analizat cantitativ. Calitatea vieții trebuie măsurată deoarece luarea unei decizii de tratament este o sarcină dificilă și cu implicații emoționale. Decizia poate afecta permanent calitatea vieții după tratament, fiind necesar a se lua în considerare patru domenii: stadiul bolii, rezultatul așteptat și eficacitatea tratamentului, stilul de viață și toleranța pentru efectele adverse secundare potențiale ale terapiei (1-3).

Cancerul de prostată reprezintă o afecțiune cu prevalență crescută, fiind a doua cauză de deces

prin cancer în SUA, pe primul loc situându-se cancerul pulmonar. Totuși cancerul de prostată prezintă rate de supraviețuire optimiste, rata deceselor datorate acestuia scăzând în SUA cu aproximativ 3,2% anual din 2007 până în 2011 (4). Acest fapt a condus la apariția unui model de pacienți cu cancer de prostată pentru care este importantă calitatea vieții, precum și impactul afecțiunii asupra acesteia (5).

Scopul studiului a fost să comparăm datele obținute de la pacienți cu cancer de prostată prin intermediul chestionarului EORTC-QLQ30, cu cele obținute din populația generală și să analizăm impactul cancerului de prostată asupra calității vieții.

Adresa de corespondență:

Dr. Justin Aurelian, Spitalul Clinic „Prof. Dr. Th. Burghel”, Clinica Urologie 2, Șoseaua Panduri nr. 20, București
E-mail: justin.aurelian@gmail.com

MATERIAL ȘI METODĂ

În perioada octombrie 2012 – martie 2015, am evaluat în cadrul Spitalului Clinic „Prof. Dr. Theodor Burghele“ 80 de pacienți diagnosticați cu cancer de prostată în stadiu localizat sau local avansat. Pacienții au fost invitați să completeze chestionarul QLQ30 în limba română după ce au citit și semnat consimțământul informat. Acesta a fost dezvoltat din 1987 de către EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) și în prezent se folosește chestionarul QLQ-C30 (versiunea 3) care conține 30 de întrebări dispuse în 5 scale funcționale (funcționalitate fizică, îndeplinirea rolurilor sociale, funcționalitate emoțională, funcționalitate cognitivă, funcționalitate socială), 3 scale simptomatice (oboseală, durere, greață/vărsături), o scală legată de starea generală a sănătății și șase repere individuale (dispnee, scăderea apetitului, insomnie, constipație, diaree și dificultăți financiare) (Fig. 1). Calculul scorurilor pe scalele respective s-a făcut conform manualului EORTC (6). Toate scorurile au fost transformate liniar pe o scală de la 1 la 100. Scoruri mai mari la nivelul scalelor funcționale reprezintă o funcționalitate mai bună, în timp ce scoruri mai mari ale scalelor simptomatice reprezintă simptomatologie mai severă. Un scor general de funcționalitate a fost calculat prin media scorurilor tuturor scalelor funcționale și, de asemenea, în același mod a fost calculat un scor general al simptomelor.

Pacienții din lotul studiat au fost comparați cu lotul martor compus din 70 de bărbați fără afecțiuni

oncologice, cărora li s-a aplicat în mod similar chestionarul EORTC-QLQ30.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

În cazul lotului martor media vârstei subiecților a fost de 70 de ani, în timp ce pentru lotul pacienților diagnosticați cu cancer de prostată, media de vârstă a fost de 67 de ani.

TABELUL 1. Rezultatele scorurilor calculate pe scale pentru cele două loturi

Scale EORTC	Lot martor	Lot pacienți
Nr. pacienți	70	80
Funcționalitate fizică (PF)	73,80952	78,96714
Îndeplinirea rolurilor sociale (RF)	65,47619	84,97653
Funcționalitate emoțională (EF)	77,38095	63,64789
Funcționalitate cognitivă (CF)	81,54762	88,02817
Funcționalitate socială (SF)	80,95238	85,68075
Starea generală a sănătății	58,63095	63,96714
Oboseală	25,79365	21,12676
Durere	32,14286	13,84977
Greață/vărsături	5,357143	2,816901
Dispnee	14,28571	6,103286
Scăderea apetitului	13,09524	10,79812
Insomnie	21,80952	27,35211
Constipație	15,47619	18,90141
Diaree	13,09524	5,164319
Dificultăți financiare	21,42857	28,53521

Rezultatele obținute au arătat o scădere a calității vieții la nivelul mai multor aspecte la pacienții cu cancer de prostată comparativ cu cei fără cancer de

	Scale	Number of items	Item range*	Version 3.0 Item numbers	Function scales
Global health status / QoL					
Global health status / QoL (revised)**	QL2	2	6	29,30	
Functional scales					
Physical functioning (revised)**	PF2	5	3	1 to 5	F
Role functioning (revised)**	RF2	2	3	6, 7	F
Emotional functioning	EF	4	3	21 to 24	F
Cognitive functioning	CF	2	3	20, 25	F
Social functioning	SF	2	3	26, 27	F
Symptom scales / items					
Fatigue	FA	3	3	10, 12, 18	
Nausea and vomiting	NV	2	3	14, 15	
Pain	PA	2	3	9, 19	
Dyspnoea	DY	1	3	8	
Insomnia	SL	1	3	11	
Appetite loss	AP	1	3	13	
Constipation	CO	1	3	16	
Diarrhoea	DI	1	3	17	
Financial difficulties	FI	1	3	28	

FIGURA 1. Scale chestionar QLQ-C30 (EORTC)

prostată (Fig. 2). Conform lui Osoba (7), diferențe de 5-10 puncte sunt considerate a fi semnificative clinic, indicând o modificare minoră, în timp ce diferențele de 10-20 de puncte indică o modificare moderată.

Astfel, la nivelul scalelor funcționale, funcționalitatea emoțională (EF) a fost mai scăzută în cazul pacienților cu cancer de prostată cu peste 10 puncte. Din punct de vedere simptomatic, am observat o creștere de 3-7 puncte a apariției insomniei și constipației la pacienții cu cancer de prostată, acest fapt fiind datorat creșterii îngrijorărilor individuale la nivel psiho-social. Deoarece pacienții cu cancer de prostată incluși în lot prezentau o formă localizată a bolii, parametri precum durerea, scăderea apetitului, dispneea și greața/vărsăturile nu sunt modificate.

Totodată, pacienții cu cancer de prostată sunt mai afectați de dificultăți financiare, mai ales pe măsură ce boala evoluează și sunt necesare alte forme de tratament. Explicația ar putea fi datorată fie întreruperii activității și implicit a salarizării pentru pacienții activi, fie resurselor financiare limitate în rândul pacienților pensionari. Aceste rezultate sunt sprijinite de studiile lui Lue (8), precum și de cele ale lui Bang și colab. (9)

Rezultatele obținute confirmă un declin al calității vieții la pacienții cu cancer de prostată compa-

rativ cu populația generală, deși diferă de cele publicate de Frojd și colab. (10) în privința subscalelor modificate. Acesta raporta afectarea celor 5 scale funcționale pentru pacienții cu tumori carcinoide comparativ cu populația generală.

CONCLUZII

Pacienții cu cancer de prostată prezintă modificări ale calității vieții asociate cu statusul emoțional și mai puțin induse de o suferință fizică, cancerul de prostată în fază localizată prezentând o simptomatologie redusă. Detectarea modificărilor emoționale la acești pacienți, concomitent cu o evaluare a calității vieții, poate îmbunătăți starea generală a pacienților și răspunsul la tratament.

MENTIUNE

Această lucrare este parțial sprijinită de către Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane (POS DRU) finanțat din Fondul Social European și de către Guvernul României prin contractul nr. POS DRU 141531. Titlul proiectului: „Dezvoltarea resurselor umane – doctoranzi și postdoctoranzi – pentru cercetare de excelență în domeniile sănătate și biotehnologii“.

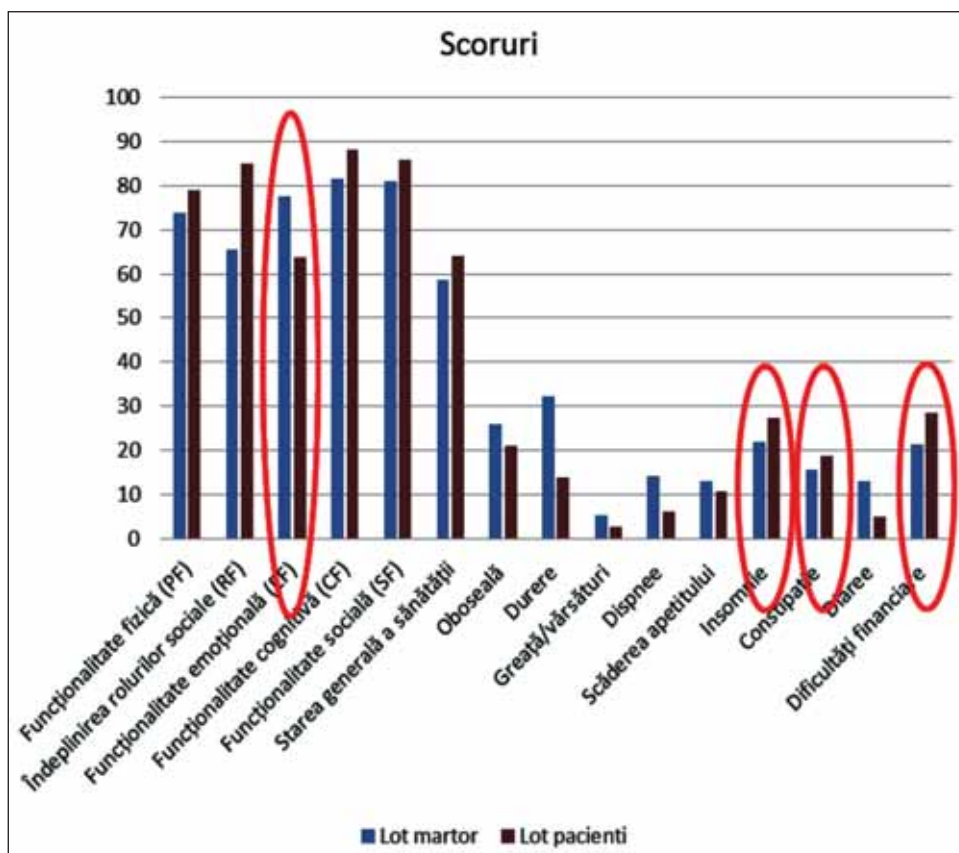


FIGURA 2. Rezultatele scorurilor pentru cele două loturi

BIBLIOGRAFIE

1. **Stark D., Kiely M., Smith A., Velikova G., House A., Selby P.** Anxiety disorder in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol.* 2002; 20(14):3137-48. DOI: 10.1200/JCO.2002.08.549.
2. **Tsunoda A., Nakao K., Hiratsuka K., Yasuda N., Shibusawa M., Kusano M.** Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. *Int J Clin Oncol.* 2005; 10(6):411-7. DOI:10.1007/s10147-005-0524-7.
3. **Skarstein J., AAss N., Fossa S.D., Skovlund E., Dahl A.A.** Anxiety and depression in cancer patients: relations between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res.* 2000; 49(1):27-34. DOI:10.1016/S0022-3999(00)00080-5.
4. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2015. 2015. Retrieved from <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf>.
5. **Namiki S., Saito S., Tochigi T., Numata I., Ioritani N., Arai Y.** Psychological distress in Japanese men with localized prostate cancer. *Int J Urol.* 2007; 14(10):924-9. DOI: 10.1111/j.1442-2042.2007.01746.x.
6. **Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Groenvold M., Curran D., Bottomley A.** The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.
7. **Osoba D.** What has been learned from measuring health-related quality of life in clinical oncology. *Eur J Cancer.* 1999; 35(11):1565-70. DOI: 10.1016/S0959-8049(99)00192-6.
8. **Lue B.H., Huang T.S., Chen H.J.** Physical distress, emotional status, and quality of life in patients with nasopharyngeal cancer complicated by post-radiotherapy endocrinopathy. *Int J Radiation Oncology Biol Phys.* 2008; 70(1):28-34. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2007.06.053.
9. **Bang S.M., Park S.H., Kang H.G., Jue J.I., Cho I.H., Yun J.H., et al.** Changes in quality of life during palliative chemotherapy for solid cancer. *Support Care Cancer.* 2005; 13(7):515-21. DOI: 10.1007/s00520-004-0708-0.
10. **Frojd C., Larsson G., Lampic C., von Essen L.** Health related quality of life and psychosocial function among patients with carcinoid tumours. A longitudinal, prospective, and comparative study. *Health Qual Life Outcomes.* 2007; 5:18. DOI: 10.1186/1477-7525-5-18