

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW ZE STWIERDZONYM RAKIEM PROSTATY

QUALITY OF LIFE OF PROSTATE CANCER PATIENTS

Ilona Zaręba¹, Joanna Stelmaszewska², Katarzyna Siemionow³, Paweł Kitlas⁴, Milena Osińska⁵, Renata Zaręba⁵, Paweł Drągowski³, Izabela Prokop¹, Edyta Rysiak¹

¹ Zakład Chemii Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Klinika Rozrodczości i Ginekologii Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ Samodzielna Pracownia Analizy Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁴ Zakład Biotechnologii, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

⁵ Studenckie Koło Naukowe Farmacji Społecznej przy Zakładzie Chemii Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2016.36>

STRESZCZENIE

Rak gruczołu krokowego, zwany rakiem prostaty, jest najczęstszym, charakteryzującym się dużą śmiertelnością nowotworem narządu moczowo-płciowego u mężczyzn. Do czynników ryzyka zaliczane są wiek, obciążenie genetyczne, czynniki chemiczne oraz pochodzenie etniczne. W początkowej fazie choroby nowotwór stercza rozwija się bezobjawowo. W późniejszym okresie choroby wstępują głównie objawy niespecyficzne. Do podstawowych charakterystycznych objawów raka prostaty należą problemy związane z oddawaniem moczu i współżyciem. W diagnostyce raka gruczołu krokowego niezwykle ważną rolę odgrywa prowadzenie badań profilaktycznych, w których głównym testem jest oznaczenie stężenia PSA oraz w dalszej kolejności przeprowadzenie badania *per rectum*. W zależności od stopnia zaawansowania choroby w leczeniu raka stercza stosuje się: baczna obserwację, aktywny nadzór, prostatektomię radykalną, radioterapię radykalną, eksperymentalne miejscowe leczenie raka oraz leczenie hormonalne. Jakość życia pacjenta, postrzegana jako wielowymiarowy aspekt samopoczucia i funkcjonowania pacjenta, stanowi nieodzowny element szybkiej rekonwalescencji, ale przede wszystkim trudnej walki z chorobą. Pacjenci ze zdiagnozowanym rakiem prostaty borykają się często z licznymi problemami fizycznymi, umysłowymi i społecznymi, ale przede wszystkim psychicznymi. Obciążenie to związane jest ze ściśle krępującą dla pacjenta strefą problematyki układu moczowo-płciowego. Liczne obawy występujące podczas leczenia towarzyszą obniżeniu stanu emocjonalnego i popadaniu w depresję, przez co obniżona jest jakość życia pacjenta.

Słowa kluczowe: rak prostaty, jakość życia.

ABSTRACT

Prostate cancer, known as prostate cancer, is the most common cancer characterized by a high mortality cancer genitourinary tract in men. The risk factors is among the age, genetic load, chemical and ethnicity. In the initial stage of the disease prostate cancer develops without symptoms. In the later stages of the disease arise in primarily non-specific symptoms. The basic characteristic symptoms of prostate cancer include problems with urination and sexual intercourse. The diagnosis of prostate cancer an extremely important role played by preventive medical examinations, in which the main test is to determine the concentration of PSA and further examination *per rectum*. Depending on the severity of the disease to treat prostate cancer used: careful observation, active surveillance, radical prostatectomy, radiotherapy, radical, experimental topical treatment of cancer and hormonal therapy. Patient quality of life, seen as a multidimensional aspect of well-being and functioning of the patient, is an indispensable element of a quick recovery, but above all the difficult fight against the disease. Patients diagnosed with prostate cancer often face many problems, both physical, mental and social, but above all psychological. This charge is related to closely embarrassing for the patient zone issues urogenital system. Numerous concerns occurring during treatment are accompanied by decreased emotional state and falling into depression, which reduced the quality of life of the patient.

Keywords: prostate cancer, quality of life.

Epidemiologia

Rak gruczołu krokowego, potocznie zwany rakiem prostaty, stanowi jeden z najczęstszych nowotworów narządu moczowo-płciowego u mężczyzn [1]. Według danych opublikowanych w 2008 roku przez Międzynarodowe Centrum Badań nad Rakiem (ang. *International Agency for Research on Cancer* – IARC) nowotwór gruczołu krokowego klasyfikował się na drugim miejscu w skali światowej wśród nowotworów złośliwych i na szóstym miejscu pod względem śmiertelności z powodu nowotworów

wśród mężczyzn [2, 3]. Według danych pochodzących z amerykańskich jednostek naukowych współczynnik zachorowalności na raka gruczołu krokowego u mężczyzn w wieku poniżej 50. roku życia wynosi 20 i rośnie wraz z wiekiem. Szacuje się, że u pacjentów po 70. roku życia może być równy 90 [4]. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2010 roku zanotowano 9273 przypadki raka prostaty, natomiast już w 2013 roku liczba ta wzrosła do 12 162 zachorowań. Liczba zgonów wywołanych tym rodzajem nowotworu wynosiła odpowiednio 3940 i 4281 [5].

Etiologia

Przyczyny wystąpienia raka stercza nie zostały do końca poznane. Do czynników ryzyka mających wpływ na powstanie i rozwój raka prostaty zaliczane są wiek, obciążenie genetyczne, czynniki chemiczne oraz pochodzenie etniczne [4, 6–8]. Warto zaznaczyć, że częstość występowania raka gruczołu krokowego jest zwiększona u osób pochodzenia afroamerykańskiego [9, 10]. Nie bez znaczenia dla rozwoju tego typu nowotworu są również nieodpowiednia dieta (bogata w kwasy nasycone, czerwone mięso, słodycze), otyłość oraz zakażenia wirusowe, które mogą być odpowiedzialne za proces anaplazji komórek stercza [4, 8, 11, 12].

Charakterystyka choroby

Rak gruczołu krokowego ze względu na bezobjawowy rozwój jest dość trudny do zdiagnozowania w początkowej fazie wzrostu [7]. Do pierwszych objawów rozwoju nowotworu gruczołu krokowego należą potrzeba częstego oddawania moczu, krwiomocz, zaburzenia erekcji, krew w spermie, a także trudności z wypróżnieniem, ból i pieczenie w trakcie wypróżniania, spadek masy ciała oraz bóle w okolicy miednicy. Większość tych objawów jest niestety niespecyficzna dla raka prostaty, a co za tym idzie – mylona z innymi schorzeniami związanymi z dysfunkcją układu moczowego i płciowego.

Ze względu na poziom nasilenia objawów można wyróżnić cztery postacie kliniczne raka prostaty:

- postać jawna – objawy stwierdzone w badaniu podmiotowym i przedmiotowym,
- postać utajona – zmiana stwierdzona w badaniu *per rectum*, pacjent nie zgłasza dolegliwości,

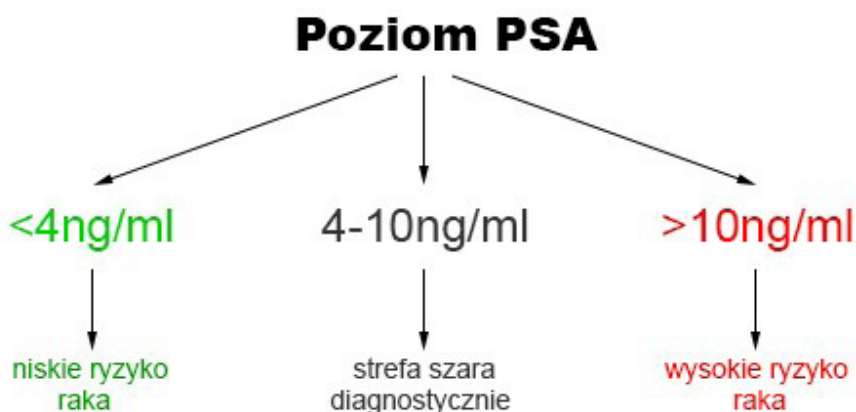
- postać ukryta – zmiana wykryta wskutek poszukiwania pierwotnego ogniska nowotworowego bez wyczuwalnej palpacyjnie zmiany w sterczu, występujące objawy spowodowane są poprzez przerzuty odległe,
- postać wykryta przypadkowo – wykryta na podstawie badania histopatologicznego u chorych, u których wcześniej nie podejrzewano raka stercza.

Rak stercza rozwija się powoli. Od momentu pojawienia się pierwszych zmian nowotworowych w pojedynczych komórkach do ukształtowania się wyczuwalnego w badaniu palpacyjnym guzka może minąć nawet 10 lat. W pierwszym okresie choroby rak prostaty może obejmować sam gruczoł. Jednak w miarę rozwoju nowotwór może tworzyć nacieki na tkankach otaczających prostatę i tworzyć przerzuty w węzłach chłonnych, a nawet w kościach [4]. Na tej podstawie została wyodrębniona klasyfikacja odnosząca się do lokalizacji i inwazyjności nowotworu :

- guz łagodny – rak ograniczony do narządu,
- guz złośliwy – rak inwazyjny i miejscowo zaawansowany,
- uogólniona choroba nowotworowa – rak przerzutowy.

Diagnostyka

Zasadnicze znaczenie w diagnostyce raka prostaty mają badania przesiewowe. Spośród nich podstawowym testem jest oznaczenie stężenia PSA (ang. *prostate-specific antigen* – swoisty antygen sterczowy) w surowicy. Warto zaznaczyć jednak, iż marker ten nie jest swoisty dla raka stercza. Jego stężenie wzrasta również w następstwie zapalenia gruczołu krokowego lub w przypadku rozrostu łagodnego. Poziom PSA w surowicy jest parametrem ciągłym. Przyjmuje się, że im wyższa wartość, tym bardziej



Rycina 1. Zależność poziomu antygeny PSA od ryzyka wystąpienia raka stercza

prawdopodobne jest istnienie raka stercza (**Rycina 1**) [13, 14]. W przypadku pojawienia się niepokojących objawów wykonywane są badanie *per rectum* gruczołu krokowego (ang. *digital rectal examination* – DRE) oraz ultrasonografia przezodbytnicza (ang. *transrectal ultrasonography* – TRUS). Ostateczne rozpoznanie stawia się na podstawie obecności zmienionych nowotworowo komórek w wycinku stercza pobranych za pomocą biopsji rdzeniowej lub w preparatach pooperacyjnych. Badaniami uzupełniającymi w określaniu stopnia zaawansowania raka gruczołu krokowego są scyntylografia kości, tomografia komputerowa (CT), rezonans magnetyczny (MRI) oraz w szczególnych sytuacjach zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej (RTG) [13–16].

Niezbędną informacją do podjęcia decyzji o leczeniu ma określenie stopnia zaawansowania nowotworu. W tym celu stosuje się klasyfikację według TNM (ang. *Tumor Node Metastasis*) obejmującą klasyfikację stopnia zawaśnienia miejscowego nowotworu (*T-staging*), klasyfikację przerzutów do węzłów chłonnych (*N-staging*) oraz klasyfikację przerzutów odległych (*M-staging*) [13, 15–17].

Leczenie

Postępowanie terapeutyczne w przypadku raku gruczołu krokowego obejmuje coraz więcej możliwych schematów leczenia. Wynika to z różnych możliwości terapeutycznych charakteryzujących się podobną skutecznością onkologiczną, natomiast znacznie różniących się działaniami niepożądanymi. W leczeniu raka stercza stosuje się:

- baczna obserwację,
- aktywny nadzór,
- prostatektomię radykalną,
- radioterapię radykalną,
- eksperymentalne miejscowe leczenie raka,
- leczenie hormonalne.

Baczna obserwacja oraz aktywny nadzór to przykład leczenia odroczonego. Formy te stosowane są u chorych z klinicznie ograniczonym do narządu rakiem stercza. Baczna obserwacja to ukierunkowane leczenie na objawy, wdrażane w sytuacji miejscowej lub uogólnionej progresji. Ma ona charakter postępowania paliatywnego. Aktywny nadzór polega na wprowadzeniu danego schematu leczenia po przekroczeniu wartości progowych definiujących progresję choroby (wartości PSA, wynik biopsji) [13, 15].

Natychmiastowe leczenie to radykalna prostatektomia oraz radioterapia. Prostatektomia obejmuje całkowite usunięcie całego stercza wraz z odpowiednią ilością otaczających tkanek. Leczenie radykalne stosowane jest we wszystkich grupach ryzyka nowotworu, a jego skuteczność uznawana jest za porównywalną w stosunku do

pozostałych metod leczenia. Radykalna terapia powinna być wdrażana u wszystkich chorych, u których korzyści płynące z leczenia przewyższają ryzyko jego stosowania, z zastrzeżeniem akceptacji możliwych powikłań [13, 15, 17, 18]. Inne metody leczenia raka stercza obejmują krioablację (CSAB) stercza oraz zogniskowane fale ultradźwiękowe o dużej energii (HIFU) [18].

W przypadku stadium zaawansowanego i przerzutowego raka stosuje się hormonoterapię oraz chemioterapię. Hormonoterapia oparta jest na wywołaniu androgennej blokady (CAB), polegającej na obustronnym wycięciu jąder (orchidektomia) oraz farmakoterapii estrogenami, antagonistami i agonistami LHRH (ang. *luteinizing-hormone-releasing hormone* – hormon uwalniający hormon luteinizujący) oraz antyandrogenami [13–15, 17].

Ważnym krokiem w terapii raka gruczołu krokowego jest monitorowanie chorych po każdym zastosowanym schemacie leczenia.

Pacjenci z objawowymi i rozległymi zmianami przerzutowymi podlegają głównie leczeniu paliatywnemu. Leczenie to jest nakierowane na poprawę jakości życia chorych, która polega na zmniejszeniu dolegliwości bólowych przy jednoczesnym ograniczeniu działań niepożądanych [13, 14].

Jakość życia pacjenta

Jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia. Stan ten postrzegany jest jako pojęcie wielowymiarowe, opisywane jest poprzez fizyczny, społeczny, umysłowy i psychologiczny aspekt dobrego samopoczucia i funkcjonowania ocenianego poprzez pacjenta lub poprzez wpływ choroby i leczenia na funkcjonowanie oraz stan zadowolenia z życia chorego [19]. Z punktu widzenia pacjenta jakość życia odnosi się głównie do trzech sfer funkcjonowania w otaczającym świecie: psychicznej, fizycznej i behawioralnej. Jest to wynikiem postrzegania przez pacjentów nowotworowych poszczególnych dziedzin życia.

W przypadku osób ze zdiagnozowanym rakiem stercza odpowiednia jakość życia ma dla nich szczególne znaczenie. Jak wynika z podstawowych objawów towarzyszących rozwojowi choroby, symptomy te związane są z układem moczowo-płciowym, a mianowicie z częstym oddawaniem moczu lub zaburzeniami erekcji. Często problemy te są dość krępujące dla chorego i sprzyjają one pogorszeniu stanu psychicznego oraz rozwojowi depresji. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Gliniewicza i Sikorskiego, poziom akceptacji pogorszenia czynności układu moczowego i funkcji seksualnych jest sprawą bardzo indywidualną dla pacjenta, często nieidącą w parze z częstością występowania danego zaburzenia. Uwzględ-

nienie w rozmowie z chorym wyników badań nad jakością życia po radykalnej prostatektomii powinno pomóc pacjentom i lekarzom w bardziej racjonalnej ocenie szans i tempa powrotu do pełnego zdrowia po zabiegu, a poprzez to w podejmowaniu bardziej świadomej decyzji o wyborze terapii [20].

Duże znaczenie dla poczucia dobrej jakości życia ma kontakt społeczny. Stanowi on jedną z podstawowych potrzeb człowieka niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania. Kontakt społeczny dostarcza pozytywnych emocji i wsparcia. Te dwa czynniki niwelują psychologiczne skutki stresu, prowadząc do powtórnej przeanalizowania sytuacji choroby. Według przeprowadzonych badań rodzina chorego odgrywa istotną rolę we wsparciu pacjenta [21]. Podtrzymuje poczucie sensu życia poprzez kreowanie głębokich więzi z ludźmi, potwierdzając jego wartość. Małżeństwo jest źródłem pozytywnych doświadczeń emocjonalnych – wpływa na wzrost zadowolenia z życia, osoby są mniej depresyjne oraz zdrowsze. W przypadku gdy małżeństwo źle funkcjonuje, psychologicznie warunki są gorsze niż te towarzyszące samotnemu życiu [21]. Aspekt ten stanowi jedną z najbardziej podstawowych obaw pacjentów – mężczyzn, zwłaszcza wśród niższych grup wiekowych. Często pacjenci, obawiając się skutków prostatektomii, nie zgadzają się na dany zabieg lub też po zabiegu popadają w silną depresję na tle szeroko pojętych problemów z prowadzeniem współżycia.

Na subiektywną ocenę jakości życia chorego wpływa także stosowany schemat terapii oraz występowanie działań niepożądanych i powikłań. Kolejnym ważnym aspektem – dotyczy to zwłaszcza pacjentów w podeszłym wieku – jest współwystępowanie chorób dodatkowych. Wpływają one na modyfikację wybranego schematu leczenia i jego skuteczności. Cierpiący pacjent nierzadko musi zmagać się z pewnymi utrudnieniami dotyczącymi bardzo często skomplikowanych schematów leczenia, korelujących z niską skutecznością zwłaszcza w przypadku terminalnych stadiów choroby. W tym przypadku jakość życia pacjenta dotycząca jego własnego postrzegania świata jest niska.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku. Warszawa: Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2011.

2. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:69–90.
3. Heise M, Haus O. Dziedziczny rak gruczołu krokowego. *Post Hig Med Dośw.* 2014;68:653–665.
4. Dadej R, Cieślak P, Kwias Z. Rak stercza. *Współcz Onkol.* 2002;6(2):108–116.
5. Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nowodwory-zlosliwe-gruczolu-krokowego-c61/> [data dostępu: 12.08.2016].
6. Stasiewicz D, Starostawska E, Brzozowska A, Mocarska A, Łosicki M, Szumiło J, Burdan F. Epidemiologia oraz czynniki ryzyka rozwoju raka gruczołu krokowego. *Pol Merk Lek.* 2012;33(195):163–164.
7. Guzik A, Sawicka E, Długosz A. Rola estrogenów i czynników środowiskowych w raku prostaty. *Bromat Chem Toksykol.* 2014;47(1):57–63.
8. Leitzmann MF, Rohrmann S. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates. *Clin Epidemiol.* 2012;4:1–11.
9. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No.10. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010, www.iarc.fr [data dostępu: 12.08.2016].
10. Powell IJ, Meyskens FL Jr. African American men and hereditary/familial prostate cancer: intermediate-risk populations for chemoprevention trials. *Urology.* 2001;57:178–181.
11. Fowke JH, Motley S, Dai Q, Concepcion R, Barocas DA. Association between biomarkers of obesity and risk of high-grade prostatic intraepithelial neoplasia and prostate cancer – evidence of effect modification by prostate size. *Cancer Lett.* 2013;328:345–352.
12. Mink P, Adami HO, Trichopoulos D, Britton NL, Mandel JS. Pesticides and prostate cancer: a review of epidemiologic studies with specific agricultural exposure information. *Eur J Cancer Prev.* 2008;17(2):97–110.
13. European Association of Urology, <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/> [data dostępu: 16.08.2016].
14. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer. Version 2; 2014, <http://www.tri-kobe.org/nccn/guideline/urological/english/prostate.pdf> [data dostępu: 16.08.2016].
15. Mottet N, Bellmunt J, Bries E, van den Bergh RCN, Bolla M, van Casteren NJ, Cornford P, Culine S, Joniau S, Lam T, Mason MD, Matveev V, van der Poel H, van der Kwast TH, Rouviere O, Wiegel T. Guidelines on Prostate Cancer. European Association of Urology; 2015.
16. Vickers AJ, Ulmert D, Sjoberg DD et al. Strategy for detection of prostate cancer based on relation between prostate specific antigen at age 40–55 and long term risk of metastasis: case-control study. *BMJ.* 2013;346:f2023.
17. Skiba R, Szyrło T, Ząbkowski T. Diagnostyka i leczenie raka stercza u mężczyzn w podeszłym wieku. *Pediatr Med Rodz.* 2015;11(1):39–47.
18. Fowler FJ Jr, Barry MJ, Lu-Yao G et al. Outcomes of external-beam radiation therapy for prostate cancer: a study of medicare beneficiaries in three surveillance, epidemiology and end results areas. *J Clin Oncol.* 1996;14:2258–2265.
19. Oleś M. Jak oceniać jakość życia u dzieci? *Psychologia Jakości Życia.* 2005;4:69–88.
20. Gliniewicz B, Sikorski A. Jakość życia po prostatektomii radykalnej. *Urologia Pol.* 2005;58(1), <http://www.urologiapolska.pl/artukul.php?490> [data dostępu: 17.08.2016].
21. Golecka B. Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii. *Med Rodz.* 2013;2:35–40.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Edyta Rysiak
Zakład Chemii Leków
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Adama Mickiewicza 2D
15-222 Białystok
tel.: 85 748 5706
e-mail: edyta.rysiak@umb.edu.pl