

**Mgr Ewelina Nawojka**

## **Analiza jakości życia chorych na nowotwory złośliwe otrzymujących leczenie systemowe: terapia celowana molekularnie versus klasyczna chemioterapia**

### **Streszczenie**

Choroby nowotworowe są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych większości państw na świecie. Według szacunkowych danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC, ang. *The International Agency for Research on Cancer*), w 2022 r. na świecie odnotowano niemal 20 mln nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe oraz 9,7 mln zgonów spowodowanych chorobą nowotworową.

Wraz z rozwojem nauk medycznych, pacjentom oferowane są nowe – bardziej bezpieczne i skuteczne metody terapeutyczne. Medycyna personalizowana umożliwia zastosowanie leków celowanych molekularnie, które dzięki swoistemu charakterowi działają wyłącznie na zidentyfikowane cele molekularne komórki nowotworowej. Ten wybiórczy mechanizm działania związany jest z mniejszą toksycznością w stosunku do klasycznej chemioterapii tj. występowaniem łagodniejszych i mniej dokuczliwych objawów niepożądanych leczenia.

Biorąc pod uwagę, że choroby nowotworowe są schorzeniami przewlekłymi, oprócz efektów klinicznych, szczególnie istotne znaczenie ma wpływ przebiegu choroby i procesu leczenia na jakość życia chorych. Według Schipperera, twórcy pojęcia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQoL, ang. *health related quality of life*), jest ona funkcjonalnym efektem choroby i jej leczenia odczuwanym przez chorego.

Jakość życia jest wartością wyjątkowo istotną dla osób chorych ale jednocześnie bardzo trudną do oceny, pomiaru, kategoryzacji i porównania. W procesie oceny jakości życia istotne jest rozróżnienie subiektywnych odczuć chorego, czyli jego percepcji jakości życia, od obiektywnych, z medycznego punktu widzenia, przesłanek dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Wprowadzenie kwestionariuszowych metod oceny jakości życia niewątpliwie przyczyniło się do rozwoju obszaru badań nad interdyscyplinarnym ujęciem funkcjonowania pacjenta w chorobie. Zastosowanie narzędzi ankietowych pozwala na poszerzenie medycznego punktu

widzenia, obejmującego parametry kliniczne, o wartości wyrażane przez samego pacjenta, odnoszące się do jego samopoczucia, stanu psychicznego, odczuwanych problemów i trudności. Kwestionariusze służą do opracowania wyniku ilościowego, dzięki czemu można swobodnie dokonywać porównań zmian w poziomie jakości życia zachodzących na przestrzeni czasu, jak również porównań wyników uzyskiwanych w różnych grupach badawczych.

Wśród narzędzi stosowanych do pomiaru jakości życia wyróżnia się kwestionariusze ogólne (generyczne), które badają jakość życia w szerokim zakresie oraz kwestionariusze specyficzne, służące szczegółowym pomiarom jakości życia w konkretnych schorzeniach lub grupach chorób.

Zapewnienie holistycznego podejścia w opiece nad pacjentami chorymi na nowotwory złośliwe pozwala na identyfikację doświadczanych przez nich konsekwencji choroby, ich możliwości, ograniczeń i potrzeb. Czynniki te stanowią podstawę do planowania i podejmowania działań z zakresu rehabilitacji medycznej, psychologicznej i społecznej, których nadrzędnym celem jest poprawa jakości życia osób chorych.

Przeprowadzone badanie służyło poznaniu uwarunkowań indywidualnej oceny jakości życia pacjentów chorych na wybrane nowotwory złośliwe. Jego głównym celem było zweryfikowanie czy występują istotne różnice w subiektywnie odczuwanym poziomie jakości życia wśród pacjentów chorych na nowotwory złośliwe leczonych klasyczną chemioterapią oraz poddanych terapii celowanej molekularnie. Dodatkowo, postanowiono zweryfikować, czy występują istotne różnice w poziomie jakości życia pomiędzy chorymi na nowotwory złośliwe kobietami a mężczyznami, a także czy istnieje związek poziomu jakości życia z wiekiem chorych oraz z okresem od rozpoznania choroby nowotworowej. Cele szczegółowe obejmowały również identyfikację istotnych różnic w poziomie jakości życia w grupach pacjentów chorych na wybrane nowotwory złośliwe, gdzie czynnikiem różnicującym był rodzaj leczenia lub płeć.

Badanie kwestionariuszowe przeprowadzono w grupie 260 chorych (kobiety – 98; 37,7%; mężczyźni – 162; 62,3%) na raka jelita grubego (95; 36,5%), raka wątrobowokomórkowego (28; 10,8%), raka prostaty (49; 18,9%), szpiczaka plazmocytozy (63; 24,2%) i przewlekłą białaczkę szpiczkową (25; 9,6%), którzy w momencie wykonania badania znajdowali się w trakcie leczenia klasyczną chemioterapią (102; 39,2%) lub terapią celowaną molekularnie (158; 60,8%). W badaniu wykorzystano standaryzowane, zwalidowane do wykorzystania

w polskich warunkach kwestionariusze: QLQ-C30 (v. 3.0), QLQ-CR29, QLQ-PR25, QLQ-HCC18, QLQ-MY20, FACT-Leu. Badanie przeprowadzono z udziałem osób pełnoletnich, w sposób anonimowy. Udział był dobrowolny, a uczestnicy zostali poinformowani o celu badania.

Przeprowadzone badanie pozwoliło na wysnucie wniosku wskazującego na występowanie różnic w poziomie jakości życia pomiędzy chorymi na nowotwory złośliwe leczonymi klasyczną chemioterapią a poddanymi terapii celowanej molekularnie. U pacjentów, którym podawano leki celowane molekularnie odnotowano istotnie wyższy poziom ogólnej oceny jakości życia ( $p=0,029$ ) oraz czterech skal oceniających stan funkcjonalny: pełnienie ról społecznych i zawodowych ( $p=0,046$ ), funkcjonowanie emocjonalne ( $p=0,014$ ), funkcjonowanie poznawcze ( $p=0,013$ ) oraz funkcjonowanie społeczne ( $p=0,028$ ). W obszarze oceniającym nasilenie objawów chorobowych, zaobserwowano istotnie wyższy poziom występowania nudności i wymiotów ( $p<0,001$ ) oraz utraty apetytu ( $p<0,001$ ) wśród pacjentów leczonych klasyczną chemioterapią.

Stwierdzono występowanie istotnych różnic w poziomie jakości życia pomiędzy chorymi na nowotwory złośliwe kobietami a mężczyznami. Mężczyźni prezentowali wyższy poziom funkcjonowania w obszarze fizycznym ( $p=0,014$ ), emocjonalnym ( $p<0,001$ ) i poznawczym ( $p=0,035$ ). W grupie kobiet zaobserwowano natomiast wyższy poziom zmęczenia ( $p<0,001$ ), bólu ( $p=0,027$ ), bezsenności ( $p=0,005$ ) oraz występowania trudności finansowych ( $p=0,045$ ).

Na podstawie wyników badania dowiedziono, że istnieje związek poziomu jakości życia chorych na wybrane nowotwory złośliwe z wiekiem – poziom ogólnej oceny jakości życia ( $p=0,001$ ), funkcjonowania fizycznego ( $p=0,004$ ) i funkcjonowania poznawczego ( $p=0,017$ ) malały wraz z wiekiem.

Wykazano także istnienie związku poziomu jakości życia chorych na wybrane nowotwory złośliwe z okresem od rozpoznania choroby nowotworowej – wraz z upływem czasu od diagnozy malał poziom ogólnej oceny jakości życia ( $p=0,045$ ), natomiast rósł poziom skali opisującej pełnienie ról społecznych i zawodowych ( $p=0,01$ ).

Realizując pozostałe cele szczegółowe badania wykazano występowanie następujących istotnych różnic w poziomie jakości życia:

- pacjentów chorych na raka jelita grubego leczonych klasyczną chemioterapią oraz poddanych terapii celowanej molekularnie,
- kobiet i mężczyzn chorych na raka jelita grubego,

- kobiet i mężczyzn chorych na szpiczaka plazmocytozy, poddanych terapii celowanej molekularnie,
- mężczyzn chorych na raka prostaty leczonych klasyczną chemioterapią oraz poddanych leczeniu celowanymi modulatorami receptora androgenowego,
- kobiet i mężczyzn chorych na przewlekłą białaczkę szpikową, poddanych terapii celowanej molekularnie.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że czynnikami mającymi wpływ na jakość życia osób chorych na nowotwory złośliwe są: rodzaj leczenia (terapia celowana molekularnie vs. klasyczna chemioterapia), płeć, wiek oraz okres od rozpoznania choroby nowotworowej. Wyższy poziom jakości życia prezentowany przez chorych poddanych terapiom celowanym molekularnie może być jednym z impulsów do dalszego rozwoju medycyny personalizowanej.

Ocena jakości życia powinna stanowić integralny element opieki nad pacjentem onkologicznym. Zasadnym jest korzystanie ze standaryzowanych narzędzi badawczych. Biorąc pod uwagę dynamiczny charakter poziomu jakości życia, jej ocena powinna być dokonywana nie tylko na początku procesu diagnostyczno-terapeutycznego, ale także na dalszych etapach choroby. Kontrolowanie zmian poziomu poszczególnych zmiennych jakości życia pozwala na identyfikację obszarów, w których chorzy odczuwają osłabienie funkcjonowania lub nasilenie określonych objawów chorobowych i działań niepożądanych leczenia. Wiedza ta umożliwia niezwłoczne podjęcie działań w celu eliminacji lub redukcji dokuczliwych symptomów towarzyszących chorobie i terapii oraz zapewnienie odpowiedniego wsparcia.

Dokonując oceny jakości życia chorych na nowotwory złośliwe należałoby zwrócić szczególną uwagę na poznane czynniki warunkujące jej poziom w określonych obszarach tj. rodzaj terapii, płeć, wiek, czas trwania choroby. Na podstawie analizy wyników z narzędzia oceniającego jakość życia, powinny zostać wdrożone celowane działania terapeutyczno-opiekuńcze.

Strategie monitorowania stanu zdrowia chorych na nowotwory złośliwe powinny mieć holistyczny charakter – oprócz wyników klinicznych zasadne jest także uwzględnienie opinii i doświadczeń samego chorego. Dzięki takiemu podejściu, możliwa jest optymalizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego, oparta na dostosowaniu terapii i opieki do indywidualnych potrzeb pacjenta.