

Marcin Oplawski¹, Ewelina Kojs-Pasińska², Magdalena Smoczyńska³,
 Michał Kwiatkowski¹, Janusz Jaszczynski⁴, Zbigniew Kojs⁵

Received: 02.12.2015

Accepted: 10.12.2015

Published: 31.12.2015

Wpływ skojarzonego leczenia raka jajnika na funkcje układu moczowego

The impact of combination therapy for ovarian carcinoma on the urinary tract

Влияние комбинированного лечения рака яичников, функции мочевыводящих путей

¹ Oddział Ginekologii i Położnictwa z Ginekologią Onkologiczną, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, Polska

² Katedra Onkologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Polska

³ Zakład Psychologii Rehabilitacyjnej, Collegium Medicum UMK im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Polska

⁴ Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie, Polska

⁵ Klinika Ginekologii Onkologicznej, Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie, Polska

Adres do korespondencji: Dr n. med. Marcin Oplawski, Oddział Ginekologii i Położnictwa z Ginekologią Onkologiczną, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera, os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków, tel.: +48 500 177 291, e-mail: oplawski.m@gmail.com

¹ Department of Gynecology and Obstetrics with Gynecologic Oncology, Ludwik Rydygier Memorial Specialist Hospital, Krakow, Poland

² Department of Oncology, Collegium Medicum of the Jagiellonian University in Krakow, Poland

³ Department of Rehabilitation Psychology, Ludwik Rydygier Collegium Medicum of Nicolaus Copernicus University in Bydgoszcz, Poland

⁴ Department of Surgical Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, Division in Krakow, Poland

⁵ Department of Gynecologic Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, Division in Krakow, Poland

Correspondence: Marcin Oplawski, MD, PhD, Department of Gynecology and Obstetrics with Gynecologic Oncology, Ludwik Rydygier Memorial Specialist Hospital, Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków, Poland, tel.: +48 500 177 291, e-mail: oplawski.m@gmail.com

Streszczenie

Zachorowalność na raka jajnika wynosi w Polsce 11,2/100 000 – jest to drugi pod względem częstości występowania nowotwór narządu rodowego. W leczeniu pierwszego rzutu stosuje się zabieg operacyjny i chemioterapię, co prowadzi do powstawania skutków ubocznych. Należą do nich problemy związane z układem moczowym, które wpływają na jakość życia kobiet. Celem badania było porównanie funkcjonowania układu moczowego i jakości życia pacjentek po leczeniu raka jajnika oraz tych po usunięciu macicy z przydatkami z powodów nieonkologicznych. Badanie urodynamiczne i ankietowe wykonano w 40 przypadkach, podzielonych na dwie grupy. Grupa badana składała się z 17 chorych po terapii raka jajnika, u których uzyskano całkowitą cytoredukcję w wyniku leczenia operacyjnego i zastosowano pierwszy rzut chemioterapii. Grupę kontrolną tworzyły 23 pacjentki po usunięciu macicy z przyczyn nieonkologicznych. We wszystkich przypadkach przeprowadzono wywiad lekarski, badanie ginekologiczne, badanie urodynamiczne i badanie jakości życia. Odsetek kobiet, u których nie stwierdzono zmian w badaniu uroginologicznym, był większy (65,2%) wśród pacjentek nieonkologicznych niż w grupie chorych z rakiem jajnika (brak zmian w 41,2% przypadków). W grupie badanej częściej niż w kontrolnej notowano wysiłkowe nietrzymanie moczu, postać mieszaną nietrzymania moczu i pęcherz nadreaktywny. Zaobserwowane różnice w wynikach badania uroginologicznego nie były istotne statystycznie ($p = 0,4573$). Wykazano natomiast, że jakość życia pacjentek różniła się istotnie statystycznie ($p = 0,0345$) w zależności od grupy. Spadek jakości życia odnotowywano znacząco częściej u kobiet z rakiem jajnika (58,8%) niż u tych bez choroby nowotworowej (26,1%). W grupie chorych onkologicznych rzadziej obserwowano polepszenie jakości życia (11,8% vs 47,8% w grupie kontrolnej). Zastosowanie chemioterapii nie wpływa zatem istotnie na wzrost liczby zaburzeń w układzie moczowo-płciowym, ale może być jednym z czynników odpowiedzialnych za obniżenie jakości życia.

Słowa kluczowe: rak jajnika, chemioterapia, nietrzymanie moczu, urodynamika, jakość życia

Abstract

The incidence of ovarian carcinoma in Poland is 11.2/100,000. It is the second most common cancer of the genital tract. First-line treatment involves surgery and chemotherapy, which leads to adverse effects. They include urinary tract disorders that affect the quality of life. The aim of the study was to compare the function of the urinary tract and quality of life in women after ovarian cancer treatment with women after hysterectomy with salpingo-oophorectomy performed for non-oncological indications. Urodynamical tests and questionnaires were conducted in 40 patients divided into two groups.

The investigated group included 17 patients after ovarian cancer therapy in whom complete cytoreduction was obtained in surgery and first-line chemotherapy was administered. The control group consisted of 23 patients after hysterectomy performed for non-oncological indications. In all cases, medical history was collected, pelvic examination and urodynamic test were carried out and a quality of life questionnaire was conducted. The percentage of patients with no changes in the urogynecologic examination was higher among non-oncological patients (65.2%). In cancer patients, no changes were detected in 41.2% of cases. Cancer patients suffered from stress incontinence, mixed urinary incontinence and overactive bladder more frequently than controls. The differences obtained in the urogynecologic examination were not statistically significant ($p = 0.4573$). It was demonstrated, however, that the quality of life differed between the two groups in a statistically significant way ($p = 0.0345$). Worse quality of life was seen significantly more frequently in cancer patients (58.8%) than in controls (26.1%). Moreover, the improvement of the quality of life was observed more rarely (11.8% in cancer patients vs. 47.8% in controls). Chemotherapy does not have a significant influence on an increase in the number of urogenital disorders but can be one of the factors responsible for the deterioration of the quality of life.

Key words: ovarian carcinoma, chemotherapy, urinary incontinence, urodynamics, quality of life

Содержание

Заболеваемость раком яичников в Польше составляет 11,2/100 000 – это второй наиболее распространенный вид рака репродуктивных органов. В первой линии лечения используется хирургическое вмешательство и химиотерапия, приводящие к побочным действиям. К ним относятся проблемы, связанные с мочеполовой системой, влияющие на качество жизни женщин. Цель исследования заключается в сравнении функционирования мочевыводящих путей и качества жизни пациенток после лечения рака яичников и после гистерэктомии с придатками по неонкологическим причинам. Уродинамическое исследование и анкетирование проведено в 40 случаях, разделенных на две группы. Исследуемая группа состояла из 17 пациентов после лечения рака яичников, у которых достигнута полная циторедукция в результате операционного лечения и применялась первая линия химиотерапии. Контрольную группу составили 23 пациентки после гистерэктомии по неонкологическим причинам. Во всех случаях провели медицинский опрос, гинекологическое обследование, уродинамическое обследование и исследование качества жизни. Процент женщин, у которых не обнаружены изменения в урогинекологическом обследовании, был выше (65,2%) среди не-онкологических больных, чем у больных с раком яичников (без изменений в 41,2% случаев). В исследуемой группе чаще чем в контрольной встречались случаи недержания мочи при напряжении, смешанной формы недержания мочи и гиперактивного мочевого пузыря. Наблюдаемые различия в результатах урогинекологического обследования не были статистически значимыми ($p = 0,4573$). Оказалось, все же, что качество жизни пациенток значительно отличалось ($p = 0,0345$) в зависимости от группы. Снижение качества жизни обнаруживалось значительно чаще у женщин с раком яичников (58,8%), чем у пациентов без рака (26,1%). В группе пациентов с раком реже наблюдалось улучшение качества жизни (11,8% vs. 47,8% в контрольной группе). Следовательно, химиотерапия не оказывает существенного влияния на рост количества нарушений в мочеполовой системе, но может быть одним из факторов, ответственных за снижение качества жизни.

Ключевые слова: рак яичников, химиотерапия, недержание мочи, уродинамика, качество жизни

WSTĘP

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) zachorowalność na raka jajnika wynosi w Polsce 11,2/100 000. Jest to drugi pod względem częstości występowania nowotwór narządu rodnego (po raku trzonu macicy), a zarazem czwarta przyczyna zgonów wśród wszystkich nowotworów złośliwych diagnozowanych u kobiet w Polsce^(1,2).

Z powodu braku charakterystycznych objawów nowotwór jajnika rozpoznawany jest zwykle w późnych stadiach zaawansowania. Pierwotne leczenie polega na postępowaniu operacyjnym, które uzupełnia się chemioterapią. Największe znaczenie dla powodzenia terapii ma zabieg operacyjny, podczas którego powinno się dążyć do całkowitej cytoredukcji – często oznacza to również resekcję w obrębie górnego piętra jamy brzusznej. Leczeniem uzupełniającym jest przede wszystkim chemioterapia. W chemioterapii pierwszego rzutu

INTRODUCTION

According to the Polish National Cancer Registry, the incidence of ovarian carcinoma in Poland is 11.2/100,000. After endometrial cancer, it is the second most common cancer of the genital tract and the fourth cause of mortality among all malignant cancers diagnosed in Polish women^(1,2).

Because ovarian carcinoma does not give specific signs and symptoms, it is usually diagnosed in advanced stages. Primary treatment involves surgery which is supplemented with chemotherapy. Treatment efficacy mostly depends on the surgery, the aim of which is complete cytoreduction. This also means resection within the upper segments of the abdominal cavity. Chemotherapy usually follows surgery. First-line systemic treatment involves administration of platinum and taxoids. Despite the radical nature of surgery and the introduction of new chemotherapeutics,

zastosowanie mają związki platyny z taksoidami. Pomimo radykalizacji zabiegów chirurgicznych i wprowadzania nowych chemioterapeutyków wyniki leczenia nie są zadowalające – średnie pięcioletnie przeżycia to 42,6% (KRN), a postęp polega głównie na wydłużeniu czasu wolnego od wznowy.

Leczenie pacjenta z nowotworem złośliwym zawsze wiąże się z występowaniem skutków ubocznych. W przypadku skojarzonej terapii raka jajnika należą do nich zaburzenia hematologiczne, zakażenia, zespół wyniszczenia, zaburzenia w obrębie przewodu pokarmowego i układu nerwowego oraz – bardzo rzadko opisywane – dolegliwości związane z układem moczowym. Do tych ostatnich zaliczamy wysiłkowe nietrzymanie moczu, pęcherz nadreaktywny i postacię mieszane nietrzymania moczu^(3,4). Ponadto długie i skomplikowane leczenie ma konsekwencje dotyczące psychiki pacjentek.

CEL PRACY

Celem badania było porównanie funkcjonowania układu moczowego i jakości życia (*quality of life*, QoL) u kobiet po leczeniu raka jajnika (zabieg operacyjny plus pierwszy rzut chemioterapii – grupa badana) oraz pacjentek po usunięciu macicy z przydatkami z powodów nieonkologicznych (grupa kontrolna).

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzili ginekolog mający doświadczenie w uroginekologii i psycholog kliniczny. Badanie urodynamiczne i ankietowe wykonano w 40 przypadkach. Uczestniczki podzielono na dwie grupy.

Grupa badana składała się z 17 pacjentek po leczeniu raka jajnika w I–III stopniu zaawansowania klinicznego – po zabiegu chirurgicznym i chemioterapii. Leczenie odbywało się w Specjalistycznym Szpitalu im. Ludwika Rydygiera w Krakowie: postępowanie chirurgiczne – w Oddziale Ginekologii i Położnictwa z Ginekologią Onkologiczną, a uzupełniająca chemioterapia – w Oddziale Onkologii Klinicznej. W ramach leczenia operacyjnego wykonano usunięcie macicy z przydatkami, wyrostka robaczkowego, sieci, węzłów chłonnych miednicy mniejszej i okołoaortalnych. Do badania włączono chore, u których w wyniku operacji uzyskano całkowitą cytoredukcję – brak widocznych makroskopowo zmian w obrębie jamy otrzewnowej. Zabieg operacyjny uzupełniono standardową chemioterapią pierwszego rzutu (taksol i karboplatyna). Badanie wykonano 3–6 miesięcy po ostatnim cyklu chemioterapii u pacjentek bezobjawowych (potwierdzenie braku wznowy w badaniach obrazowych, prawidłowe poziomy CA-125 i HE4).

Grupa kontrolna składała się z 23 kobiet po usunięciu macicy z powodów nieonkologicznych, badanych między 6. a 12. miesiącem po zabiegu.

Badanie funkcji pęcherza i ankiety dotyczące jakości życia oceniono w Poradni Urodynamicznej Oddziału Ginekologii i Położnictwa z Ginekologią Onkologiczną Specjalistycznego

treatment outcomes are not satisfactory. Mean five-year survival amounts to 42.6% (according to the Polish National Cancer Registry), and the observed progress mainly consists in prolonging relapse-free survival.

Therapy of a malignancy is always associated with adverse effects. In combination therapy for ovarian carcinoma, these include: hematologic disorders, infections, cachexia, gastrointestinal and nervous system disorders and, although very rarely, urinary tract dysfunction. Urinary tract dysfunction includes stress incontinence, overactive bladder and mixed urinary incontinence^(3,4). Moreover, long and complex treatment also affects patient's mental health.

AIM OF THE STUDY

The aim of the study was to compare the function of the urinary tract and quality of life (QoL) in women after ovarian cancer treatment (surgery plus first-line chemotherapy – investigated patients) with women after hysterectomy with salpingo-oophorectomy performed for non-oncological indications (controls).

MATERIAL AND METHODS

The study was conducted by a gynecologist with experience in urogynecology and a clinical psychologist. A urodynamical test and survey were performed in 40 patients. The participants were divided into two groups.

The study group consisted of 17 patients after stage I–III ovarian cancer treatment, i.e. surgery and chemotherapy. The therapy was conducted in Ludwik Rydygier Memorial Specialist Hospital in Krakow, Poland. Surgery was performed at the Department of Gynecology and Obstetrics with Gynecologic Oncology, and adjuvant chemotherapy was administered at the Department of Clinical Oncology. Surgery involved hysterectomy with salpingo-oophorectomy, appendectomy, omentectomy as well as pelvic and para-aortic lymphadenectomy. The study included patients with complete cytoreduction (no macroscopic lesions within the peritoneal cavity). The surgical procedure was supplemented with standard first-line chemotherapy (taxol and carboplatin). The study was conducted 3–6 months after the last chemotherapy cycle in asymptomatic patients (no relapse found in imaging, normal CA-125 and HE4 levels).

The control group consisted of 23 women after hysterectomy conducted for non-oncological indications. They were examined 6–12 months after the surgical procedure.

The urinary bladder function and quality of life questionnaires were assessed in the Urodynamics Clinic of the Department of Gynecology and Obstetrics with Gynecologic Oncology of Ludwik Rydygier Memorial Specialist Hospital in Krakow, Poland. In all cases, infection was ruled out, medical history was collected, pelvic examination and urodynamical test were conducted and QoL was evaluated based on the Satisfaction with Life Scale (SWLS), which was used to assess the mental health of the patients.

Szpitala im. Ludwika Rydygiera w Krakowie. We wszystkich przypadkach wykluczono proces zapalny, przeprowadzono wywiad lekarski, badanie ginekologiczne, badanie urodynamiczne i badanie QoL – za pomocą kwestionariusza SWLS (The Satisfaction with Life Scale), na którego podstawie oceniono funkcjonowanie psychiczne pacjentek.

Wyniki badań interpretowano jedynie w czterech możliwych rozpoznaniach:

- brak objawów związanych z układem moczowym;
- wysiłkowe nietrzymanie moczu;
- pęcherz nadreaktywny;
- postać mieszana nietrzymania moczu.

Wyniki badań porównano między grupami.

Do analizy danych wykorzystywano pakiet STATISTICA 10.0 (StatSoft, Inc., USA). W celu zbadania zależności między dwiema cechami jakościowymi używano testu χ^2 . Za istotne statystycznie uznawano wyniki z poziomem prawdopodobieństwa testowego (p) mniejszym niż 0,05.

WYNIKI

Odsetek kobiet, u których nie stwierdzono zmian w badaniu uroginekologicznym, był większy wśród pacjentek

The results were interpreted only in the four following groups:

- no urogenital symptoms;
- stress urinary incontinence;
- overactive urinary bladder;
- mixed urinary incontinence.

The results were compared between the groups.

The data were analyzed using the STATISTICA 10.0 system (StatSoft, Inc., USA). The correlations between two qualitative variables were tested with the use of the χ^2 test. The results with the probability value (p) lower than 0.05 were considered statistically significant.

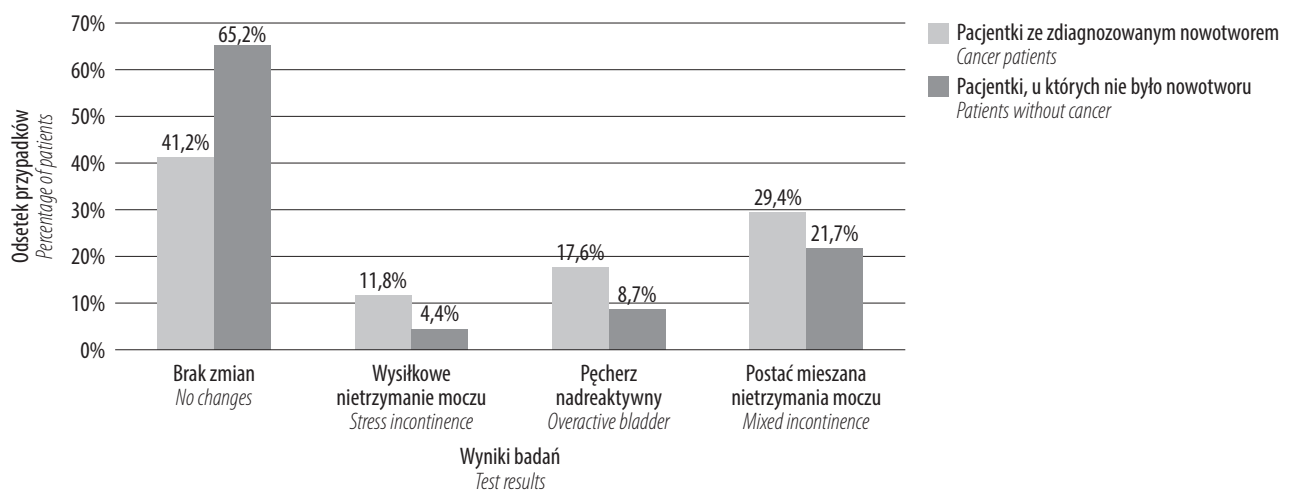
RESULTS

The percentage of patients with no changes in the urogynecologic examination was higher among non-oncological patients compared with cancer patients (65.2% vs. 41.2%, respectively). Stress incontinence, mixed urinary incontinence and overactive bladder were more common in cancer patients than in controls (Tab. 1, Fig. 1). The differences in the urogynecologic examination were not statistically significant ($p = 0.4573$).

Wynik badania <i>Examination result</i>	Grupa <i>Group</i>		Wartość p <i>p-value</i>
	Badana <i>Patients</i>	Kontrolna <i>Controls</i>	
Brak zmian <i>No changes</i>	7 (41,2%)	15 (65,2%)	0,4573
Wysiłkowe nietrzymanie moczu <i>Stress urinary incontinence</i>	2 (11,8%)	1 (4,4%)	
Pęcherz nadreaktywny (<i>overactive bladder</i> , OAB) <i>Overactive bladder</i>	3 (17,6%)	2 (8,7%)	
Postać mieszana nietrzymania moczu <i>Mixed urinary incontinence</i>	5 (29,4%)	5 (21,7%)	

Tab. 1. Porównanie wyników badania uroginekologicznego

Tab. 1. Comparison of urogynecologic findings



Ryc. 1. Porównanie wyników badania uroginekologicznego

Fig. 1. Comparison of urogynecologic findings

nieonkologicznych – 65,2% vs 41,2% w grupie chorych z rakiem jajnika. W grupie badanej częściej notowano przypadki wysiłkowego nietrzymania moczu, postaci mieszanej nietrzymania moczu i pęcherza nadreaktywnego (tab. 1, ryc. 1). Zaobserwowane różnice w wynikach badania uroinekologicznego nie były istotne statystycznie ($p = 0,4573$).

Stwierdzono natomiast, że jakość życia pacjentek w porównywanych grupach różniła się istotnie statystycznie ($p = 0,0345$). Spadek jakości życia stwierdzano znacząco częściej u kobiet z rakiem jajnika – 58,8% vs 26,1% wśród pacjentek bez choroby nowotworowej. W grupie badanej rzadziej niż w kontrolnej notowano polepszenie jakości życia – 11,8% vs 47,8%. Brak zmian dotyczących jakości życia stwierdzano z podobną częstością w obu grupach (tab. 2, ryc. 2).

OMÓWIENIE

W przeprowadzonym badaniu nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy między grupami w zakresie wyników badania urodynamicznego – pomimo większej liczby pacjentek po skojarzonym leczeniu raka jajnika z dolegliwościami wynikającymi z zaburzeń funkcjonowania dolnego odcinka układu moczowego. Zarówno w przypadkach onkologicznych, jak i pozostałych zabieg w obrębie dna miednicy był bardzo podobny (maksymalnie Piver II). W raku jajnika rozległość zabiegu wiązała się głównie z resekcją węzłów

It was demonstrated, however, that the quality of life differed between the two groups in a statistically significant way ($p = 0.0345$). Worse quality of life was seen significantly more frequently in cancer patients (58.8%) than in controls (26.1%). Moreover, quality of life improvement was observed more frequently in controls (47.8% vs. 11.8% in cancer patients). The lack of changes concerning the quality of life was found to be equally frequent in both groups (Tab. 2, Fig. 2).

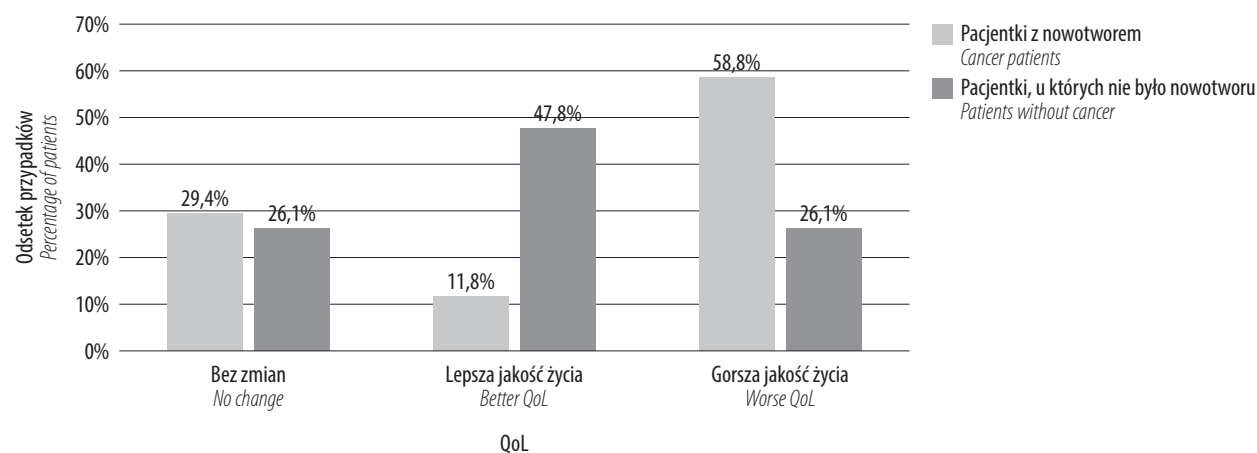
DISCUSSION

The results of the urodynamic test revealed no statistically significant differences between the two groups despite the fact that the number of women with symptoms resulting from impaired functioning of the lower urinary tract was higher among patients after combined ovarian carcinoma therapy. In both cancer patients and the remaining cases, the surgical procedure within the pelvic floor was similar (max. Piver II). The greater extent of surgery in cancer patients was mainly associated with lymph node dissection and, possibly, resection of other abdominal (mainly gastrointestinal) organs, which does not affect the pelvic diaphragm. It seems therefore that the urinary discomfort in cancer patients was mainly caused by the adjuvant treatment.

Jakość życia Quality of life	Grupa Group		Wartość p p-value
	Badana Patients	Kontrolna Controls	
Bez zmian No change	5 (29,4%)	6 (26,1%)	0,0345
Lepsza Better	2 (11,8%)	11 (47,8%)	
Gorsza Worse	10 (58,8%)	6 (26,1%)	

Tab. 2. Porównanie jakości życia pacjentek

Tab. 2. Comparison of the quality of life



Ryc. 2. Porównanie jakości życia pacjentek

Fig. 2. Comparison of the quality of life

chlónnych i ewentualnie innych narządów jamy brzusznej, głównie z zakresu układu pokarmowego, co nie wpływa negatywnie na statykę przepony miednicy. Dlatego wydaje się, że kluczowy wpływ na występowanie dyskomfortu w obrębie układu moczowego u kobiet z grupy badanej miało leczenie uzupełniające.

Większość autorów stwierdza istotną statystycznie różnicę w przypadku leczenia nowotworów szyjki czy trzonu macicy^(5,6). Wskazuje się, że wskutek leczenia tych nowotworów ginekologicznych zmiany w obrębie dna miednicy są bardziej nasilone i często stawiane przez wyleczone pacjentki na pierwszym miejscu wśród objawów ubocznych. W raku szyjki macicy wiąże się to głównie z większą radykalnością pierwotnego zabiegu operacyjnego – wzrost radykalności z Piver II do Piver III prowadzi do ponad 50-procentowego wzrostu częstości występowania omawianych objawów^(7,8). Z kolei w przypadku raka endometrium za główną przyczynę tych zaburzeń uważa się uzupełniającą brachyterapię^(6,9,10). W prezentowanym badaniu stwierdzono statystycznie istotny spadek jakości życia wśród chorych z rakiem jajnika. W tej grupie zdecydowanie rzadziej obserwowano polepszenie jakości życia. Pacjentki onkologiczne oceniają swoje funkcjonowanie jako dużo gorsze niż kobiety leczone z powodów nieonkologicznych.

U osób cierpiących na nowotwory złośliwe odnotowuje się wzrost zaburzeń lękowych i depresyjnych. Zaburzenia lękowe występują u około 30% chorych (17–46%), nastrój depresyjny – u około 39% (33–45%). Nastrój depresyjny przeważa w późniejszym okresie choroby, a lęk – w jej wczesnej fazie⁽¹¹⁾.

Wydaje się, że w przypadku pacjentek z nowotworem jajnika zmiany w komforcie życia nie są związane z zaburzeniami w obrębie dolnego odcinka przewodu moczowego, a raczej ze świadomością ryzyka nawrotu choroby podstawowej. Choroba nowotworowa jest dla kobiet doświadczeniem traumatycznym^(12–15), wymusza zmianę dotychczasowego stylu życia i ogranicza wykonywanie ról życiowych^(12,14–16). Pacjentki onkologiczne muszą skonfrontować się z sytuacjami obciążającymi psychikę i nierzadko przekraczającymi możliwości radzenia sobie^(16–18). Chore martwią się utratą atrakcyjności, a co za tym idzie – obniżeniem jakości relacji z partnerem i otoczeniem⁽¹⁹⁾. Odczuwają lęk związany z chorobą, objawami ubocznymi leczenia, bólem, a przede wszystkim ryzykiem utraty życia. Zachorowanie na nowotwór przekłada się na konieczność modyfikacji życiowych planów, co również zdecydowanie wpływa na QoL^(12,14,20,21). Ocena jakości życia to ważny element codziennej praktyki lekarskiej, a uzyskane wyniki pozwalają na holistyczne i spersonalizowane leczenie^(22–24).

WNIOSKI

Zastosowanie chemioterapii u kobiet cierpiących na raka jajnika nie wpływa istotnie na wzrost liczby zaburzeń w układzie moczowo-płciowym, ale może być jednym z czynników odpowiedzialnych za obniżenie jakości życia tych pacjentek.

Most authors note a statistically significant difference in patients with cervical and endometrial cancers^(5,6). It is said that changes within the pelvic floor induced by the treatment of these cancers are more severe and frequently reported by patients as the main adverse effects. In the case of cervical carcinoma, this is mainly associated with the radical nature of surgery. The increase from Piver II to Piver III level leads to over a 50-percent increase in the occurrence of the symptoms in question^(7,8). As for endometrial cancer, adjuvant brachytherapy is believed to be the leading cause of such dysfunctions^(6,9,10).

The study presented above showed a statistically significant deterioration of the quality of life in patients with ovarian carcinoma. The improvement in the quality of life was observed more rarely. Cancer patients assess their functioning as much worse compared to women treated for non-oncological reasons.

Patients with malignant cancers more frequently develop anxiety and depressive disorders. Anxiety disorders are observed in approximately 30% of patients (17–46%) whereas depression – in approximately 39% of cases (33–45%). Depressed mood is more dominant in later phases of the disease whilst anxiety tends to occur in its initial phases⁽¹¹⁾.

It occurs that changes in the comfort of life in patients with ovarian cancer are not associated with the disorders in the lower urinary tract but with the awareness of the risk of relapse. Cancer is a traumatic experience for women^(12–15). It forces certain lifestyle changes and restricts the performance of social roles^(12,14–16). Cancer patients must face situations that cause mental distress and frequently surpass their coping skills^(16–18). Moreover, patients are worried about losing their attractiveness and consequent worsening of the quality of their relationships with their partners and environment⁽¹⁹⁾. They experience anxiety associated with the disease, adverse effects, pain and, above all, the risk of death. The diagnosis of cancer forces modifications of life plans, which also considerably affects QoL^(12,14,20,21). Quality of life evaluation is an important element in everyday medical practice, and the results help implement holistic and personalized treatment^(22–24).

CONCLUSIONS

Chemotherapy in women with ovarian carcinoma does not increase the number of urogenital disorders significantly but can be one of the factors responsible for the deterioration of the quality of life.

Conflict of interest

The authors do not report any financial or personal links with other persons or organizations, which might affect negatively the content of this publication or claim authorship rights to this publication.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo / References

1. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Warszawa 2013.
2. Edmondson RJ, Monaghan JM: The epidemiology of ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11: 423–429.
3. Dobrek Ł, Thor PJ: Bladder urotoxicity pathophysiology induced by the oxazaphosphorine alkylating agents and its chemoprevention. *Postepy Hig Med Dosw (Online)* 2012; 66: 592–602.
4. Griffin JG, Holzbeierlein J: Side effects of perioperative intravesical treatment and treatment strategies for these side effects. *Urol Clin North Am* 2013; 40: 197–210.
5. Bartodziej U, Szyłło K, Włodarczyk B *et al.*: Analiza wybranych parametrów badania urodynamicznego w aspekcie funkcjonowania dolnego odcinka układu moczowego u chorych na raka szyjki macicy po radykalnej histerektomii i radioterapii. *Prz Menopauzalny* 2008; 6: 332–337.
6. Opławski M., Kosobudzki R, Kwiatkowski M *et al.*: An assessment of the urinary function and the comfort of life in patients after endometrial cancer combined treatment. *Curr Gynecol Oncol* 2015; 13: 78–84.
7. Landoni F, Maneo A, Cormio G *et al.*: Class II versus class III radical hysterectomy in stage IB–IIA cervical cancer: a prospective randomized study. *Gynecol Oncol* 2001; 80: 3–12.
8. Zullo MA, Manci N, Angioli R *et al.*: Vesical dysfunctions after radical hysterectomy for cervical cancer: a critical review. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003; 48: 287–293.
9. Pisarska M, Sajdak S: Lower urinary tract function after postoperative radiotherapy in the treatment of cervical cancer. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003; 24: 490–494.
10. Pisarska M, Samulak D, Obrębowska A *et al.*: Ocena cystometryczna zmian w układzie moczowym u kobiet leczonych kompleksowym napromienianiem z powodu raka szyjki macicy i raka endometrium. *Rep Pract Oncol Radiother* 2000; 5: 21–22.
11. Rymaszewska J: Reakcja adaptacyjna, lęk, depresja. In: Krzemieniecki K (ed.): *Leczenie wspomagające w onkologii*. Termedia, Poznań 2008: 235–243.
12. de Walden-Gałuszko K: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
13. Tschuschke V: *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Schattauer GmbH, Stuttgart 2011.
14. Dorf Müller M, Dietzfelbinger H: *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
15. Isermann M: Brustkrebs als Psychotrauma. In: Ditz S, Diegelmann C, Isermann M (eds.): *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs: Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2006: 110–115.
16. Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (eds.): *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
17. Juczyński Z: Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. In: de Walden-Gałuszko K (ed.): *Psychoonkologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Kraków 2000: 23–43.
18. Gonçalves V, Jayson G, Tarrrier N: A longitudinal investigation of psychological morbidity in patients with ovarian cancer. *Br J Cancer* 2008; 99: 1794–1801.
19. Marcinkiewicz JT, Knihinicka-Mercik Z, Heimrath J *et al.*: Jakość życia kobiet z nowotworami jajników poddanych chemioterapii. *Onkologia Polska* 2006; 9: 149–153.
20. Bidzan M, Rudnik A, Peplińska A: Korelaty pomiędzy różnymi obszarami życia kobiet po operacji raka szyjki macicy metodą Wertheima-Meigsa w odniesieniu do jakości życia. *Psychoonkologia* 2013; 2: 62–70.
21. Sheridan CL, Radmacher SA: *Psychologia zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
22. Steuden S, Okła W: *Jakość życia w chorobie*. Wydawnictwo Uniwersyteckie KUL, Lublin 2007.
23. Kułakowski A: *Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000: 167–179.
24. Leszek A, Bielawska M, Nalewczynska A: Jakość życia chorych na raka jajnika. *Ginekol Prakt* 2009; 3: 3–6.