

lek. dent. Joanna KARAŚ-DĄBROWSKA

PROMOTOR: plk prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Witold Owczarek

PROMOTOR POMOCNICZY: dr n. med. Aldona Chloupek

STRESZCZENIE

Ocena jakości życia pacjentów operowanych z powodu nowotworów jamy ustnej

Nowotwory jamy ustnej są to nowotwory, które wymagają leczenia zespołowego. Leczenie we wczesnych stopniach zaawansowania to leczenie chirurgiczne i lub radiologiczne. Leczenie chirurgiczne bardzo często prowadzi do mniejszego lub większego oszpecenia, zaburzeń podstawowych funkcji fizjologicznych jak połykanie, mowa, oddychanie. Możliwość zaproponowania różnej techniki operacyjnej oraz dodatkowego leczenia spowodowała konieczność zwrócenia dużo większej uwagi na odczucia chorych. Bardzo pomocne okazały się badania nad jakością życia, które dają nam więcej informacji. Leczenie chirurgiczne bardzo często daje negatywny wpływ na pacjenta. Zespół specjalistów, a przede wszystkim chirurdzy starają się przywrócić wygląd estetyczny jak i funkcje fizjologiczne. Na podjęcie decyzji co do techniki rekonstrukcyjnej wpływa nie tylko wielkość guza, ale przede wszystkim odtworzenie funkcji mowy, żucia i połykania. Przy planowaniu zabiegu chirurgicznego trzeba podchodzić bardzo indywidualnie do każdego przypadku. Pacjenci wymagają opieki psychologicznej lub psychiatrycznej. Obniża się sprawność psychiczną i fizyczną, przez co spada bardzo znacząco jakość życia.

Głównym celem pracy była ocena jakości życia chorych operowanych wybranymi technikami chirurgicznymi z powodu nowotworów jamy ustnej. Realizując cel główny pracy postanowiono u chorych wykonać:

- 1) ocenę jakości życia w grupie chorych leczonych chirurgicznie techniką rekonstrukcji miejscowej w czwartym tygodniu po zabiegu i 4 tygodnie po zakończonej RTH;
- 2) ocenę jakości życia w grupie chorych leczonych chirurgicznie metodą rekonstrukcji płatowej w czwartym tygodniu po zabiegu i 4 tygodnie po zakończonej RTH;
- 3) ocenę jakości życia w analizowanych grupach chorych pomiędzy rekonstrukcją płatową i miejscową;
- 4) ocenę wpływu wybranych czynników klinicznych i socjodemograficznych na jakość życia chorych.

Badaniem objęto 78 pacjentów, którzy spełniali warunki włączenia. Pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy. W pierwszej grupie przeprowadzona została rekonstrukcja miejscowa (grupa A), druga rekonstrukcja płatowa (grupa B). Badanie zostało przeprowadzone na oddziale Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Kliniknym Oddziałem Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej Wojskowego Instytutu

Medycznego w Warszawie. Pacjenci z grupy pierwszej wypełniali kwestionariusz EORTC QLQ-C30 oraz QLQ H&N 35 cztery tygodnie po zabiegu chirurgicznym oraz cztery tygodnie po zakończonej radioterapii. Pacjenci z grupy drugiej, którzy mieli wykonany zabieg metodą płatyki płatowej wypełniali kwestionariusz EORTC QLQ-C30 i EORTC QLQ-N35 również cztery tygodnie po zabiegu chirurgicznym oraz cztery tygodnie po zakończonej radioterapii. W każdej z grup przeprowadzono badanie oceny jakości życia dwukrotnie.

Do scharakteryzowania grup pacjentów, wykorzystane zostały podstawowe miary położenia i rozproszenia: średnia, mediana, odchylenie standardowe, minimalna i maksymalna wartość analizowanych zmiennych. Dodatkowo dla każdej z analizowanych zmiennych ilościowych sprawdzona została zgodność rozkładu zmiennej z rozkładem normalnym, w tym celu wykorzystano test Szapiro-Wilka.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej.

1. Pacjenci 4 tyg. po rekonstrukcji płatowej zgłaszali ogólnie lepszą jakość życia niż pacjenci po rekonstrukcji miejscowej.
2. Pacjenci po rekonstrukcji płatowej 4 tygodnie po zabiegu zgłaszali lepsze funkcjonowanie fizyczne niż pacjenci po rekonstrukcji miejscowej.
3. Pacjenci po rekonstrukcji miejscowej 4 tygodnie po zabiegu zgłaszali większe problemy z bezsennością niż pacjenci po rekonstrukcji płatowej.
4. Pacjenci po rekonstrukcji płatowej i radioterapii zgłaszali lepsze funkcjonowanie fizyczne niż pacjenci po rekonstrukcji miejscowej i radioterapii.
5. Z badań wynika iż pacjenci po rekonstrukcji miejscowej i radioterapii wykazywali mniejsze nasilenie objawów takich jak nudności i wymioty niż pacjenci po rekonstrukcji płatowej i radioterapii.
6. Pacjenci po rekonstrukcji płatowej i radioterapii odczuwali mniejszą bezsenność niż pacjenci po rekonstrukcji miejscowej i radioterapii.
7. Z badań wynika, iż jedzenie w towarzystwie innych osób oraz mowa były bardziej utrudnione u pacjentów po rekonstrukcji miejscowej 4 tygodnie po zabiegu.
8. Pacjenci po rekonstrukcji płatowej i radioterapii zgłaszali silniejsze dolegliwości bólowe i większe problemy z jedzeniem w towarzystwie innych.
9. Z badań wynika iż pacjenci po rekonstrukcji płatowej wykazywali mniejsze problemy z zębami oraz mniejsze trudności w otwieraniu ust i obecnością gęstej śliny.
10. Analizując dane socjodemograficzne, na obniżenie jakości życia wpływa wykształcenie i palenie papierosów.

Przeprowadzone badania pozwoliły na postawienie następujących wniosków:

- 1) Rekonstrukcja płatowa zapewnia istotnie wyższą jakość życia niż rekonstrukcja miejscowa u chorych operowanych z powodu nowotworów jamy ustnej.
- 2) Rekonstrukcja płatowa, pomimo braku różnic w ogólnej ocenie jakości życia, zapewnia po zakończonej radioterapii uzupełniającą istotnie wyższą jakość życia w sferze funkcjonowania fizycznego niż rekonstrukcja miejscowa.
- 3) Uwarunkowania socjodemograficzne takie jak wykształcenie i palenie papierosów predysponują do obniżenia jakości życia u chorych operowanych z powodu nowotworów jamy ustnej.
- 4) Jakość życia może być czynnikiem wpływającym na wybór techniki rekonstrukcyjnej u chorych operowanych z powodu nowotworów jamy ustnej.

SUMMARY

Assessing the quality of life of patients undergoing surgery for oral cancer.

Oral cancers are cancers that require team treatment. Treatment in early stages is surgical and or radiological treatment. Surgical treatment very often leads to more or less disfigurement, disruption of basic physiological functions such as swallowing, speech, breathing. The possibility of proposing different surgical technique and additional treatment has made it necessary to pay much more attention to the feelings of patients. Quality of life studies have been very helpful, giving us more information. Surgical treatment very often gives a negative impact on the patient. A team of specialists and, above all, surgeons try to restore aesthetic appearance as well as physiological function. The decision on the reconstructive technique is influenced not only by the size of the tumor, but especially by the restoration of speech, chewing and swallowing functions. When planning a surgical procedure, each case must be approached very individually. Patients require psychological or psychiatric care. Mental and physical performance is reduced, so that the quality of life decreases very significantly.

The main objective of the study was to assess the quality of life of patients operated on with selected surgical techniques for oral cancer. Realizing the main objective of the study, it was decided to perform in patients:

- 1) To evaluate the quality of life in the group of patients treated surgically with the local reconstruction technique in the fourth week after surgery and 4 weeks after completed RTH;
- 2) Quality of life assessment in the group of patients treated surgically with the flap reconstruction technique at the fourth week after surgery and 4 weeks after completed RTH;
- 3) Evaluation of quality of life in the analyzed groups of patients between flap and local reconstruction;

- 4) To evaluate the impact of selected clinical and sociodemographic factors on patients' quality of life.

The study included 78 patients who met the inclusion requirements. The patients were divided into two groups. The first group underwent local reconstruction (group A), and the second group underwent flap reconstruction (group B). The study was conducted at the Department of Otolaryngology and Laryngological Oncology with the Clinical Department of Craniofacial Surgery of the Military Medical Institute in Warsaw. Patients in group one completed the EORTC QLQ-C30 and QLQ H&N 35 questionnaire four weeks after surgery and four weeks after completion of radiation therapy. Patients in group two who had flap plasty surgery completed the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-N35 questionnaire also four weeks after surgery and four weeks after completed radiation therapy. The quality of life assessment survey was conducted twice in each group.

To characterize groups of patients, basic measures of location and dispersion were used: mean, median, standard deviation, minimum and maximum value of the analyzed variables. In addition, for each of the quantitative variables analyzed, the conformity of the distribution of the variable to a normal distribution was checked, for this purpose the Szapiro-Wilk test was used.

The results of the study were subjected to statistical analysis.

1. Patients 4 weeks after flap reconstruction reported an overall better quality of life than patients after local reconstruction.
2. Patients 4 weeks after flap reconstruction reported better physical functioning than patients after local reconstruction.
3. Patients after local reconstruction 4 weeks after surgery reported greater problems with insomnia than patients after flap reconstruction.
4. Patients after flap reconstruction and radiation therapy reported better physical functioning than patients after local reconstruction and radiation therapy.
5. The study found that patients after local reconstruction and radiotherapy reported less severe symptoms such as nausea and vomiting than patients after flap reconstruction and radiotherapy.
6. Patients after flap reconstruction and radiation therapy experienced less insomnia than patients after local reconstruction and radiation therapy.
7. The study found that eating in the company of others and speech were more difficult in patients after local reconstruction 4 weeks after surgery.
8. Patients after flap reconstruction and radiotherapy reported more severe pain and greater problems with eating in the company of others.

9. The study found that patients after flap reconstruction reported less dental problems and less difficulty in opening their mouths and the presence of thick saliva.
10. Analyzing sociodemographic data, the quality of life is affected by education and smoking.

The study made the following conclusions:

- 1) Flap reconstruction provides significantly higher quality of life than local reconstruction in patients operated on for oral cancer.
- 2) Flap reconstruction, despite the lack of differences in the overall quality of life assessment, provides significantly higher quality of life in the sphere of physical functioning after completion of follow-up radiotherapy than local reconstruction.
- 3) Sociodemographic determinants such as education and smoking predispose to lower quality of life in patients operated on for oral cancer.
- 4) Quality of life may be a factor influencing the choice of reconstructive technique in patients operated on for oral cancer.