

Wstęp:

Sarkopenia jest postępującą i uogólnioną utratą masy i siły mięśni szkieletowych.

Uznana jest za czynnik prognozujący na gorsze przeżycie pacjentów onkologicznych z powodu krótszego czasu progresji choroby i wystąpienia szkodliwej dla pacjentek toksyczności leczenia. W ostatnich latach jest przedmiotem obserwacji, niewiele jest jednak opracowań dotyczących pacjentek leczonych z powodu raka piersi. Powyższe przesłanki przyczyniły się do podjęcia zaplanowanych badań, ukierunkowanych na ocenę występowania sarkopenii u pacjentek w wieku starszym z rakiem piersi po leczeniu onkologicznym oraz jej związku z jakością życia tych chorych

Celem pracy była ocena:

1. Ocena stanu zdrowia i sprawności psycho-fizycznej pacjentek po leczeniu nowotworu piersi wśród kobiet należących do grupy wczesnej rehabilitacji (GWR) i do towarzystwa Amazonek (Amazonki), wraz z oceną różnic między tymi grupami oraz między kobietami po 65 roku życia i pacjentkami młodszymi.
2. Ocena jakości życia pacjentek po leczeniu raka piersi z wykorzystaniem standaryzowanych kwestionariuszy (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR 23)
3. Ocena częstości występowania sarkopenii u pacjentek leczonych z powodu raka piersi na podstawie bioimpedancji .
4. Ocena przydatności zaproponowanych przez EWGSOP2 jako alternatywne dla siebie kryteriów rozpoznawania sarkopenii w oparciu o wynik badania składu masy ciała za pomocą BIA (AMS i AMS/wzrost²).
5. Ocena zależnej od objawów sarkopenii jakości życia wśród badanych kobiet przy użyciu kwestionariusza SARQOL.
6. Ocena związku między stanem emocjonalnym pacjentek leczonych z powodu raka piersi a ich stanem odżywienia i sarkopenią.
7. Ocena związku między jakością życia pacjentek w wieku starszym a przynależeniem do Klubu Amazonek.

Materia i metody:

Do badania włączono kobiety po zabiegach chirurgicznych z powodu raka piersi, przyjmowane do Zakładu Rehabilitacji BCO w Białymstoku w ciągu 13 miesięcy, na przełomie 2019/2020 roku. Były to pacjentki znajdujące się w stopniu 0-3 wg skali ECOG. Obserwacji poddano grupę „Amazonek”, będących dłuższy czas po zabiegu chirurgicznym i systematycznie wykonujących ćwiczenia ogólnousprawniające przynajmniej raz w tygodniu oraz grupę kontrolną - kobiety leczone z powodu raka piersi, odbywające wczesną rehabilitację (do 6 miesięcy po zabiegu operacyjnym), określone jako „grupa wczesnej rehabilitacji - GWR”. Dane zostały zebrane w oparciu o badania podmiotowe i przedmiotowe pacjentki oraz w oparciu o kwestionariusz ankietowy własnej konstrukcji. Uwzględniały one dane ogólne, ocenę parametrów antropometrycznych, sprawności funkcjonalnej, stanu

psychicznego, odżywiania, obecność schorzeń przewlekłych, ilość stosowanych leków, częstotliwości hospitalizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy, występowanie obrzęków ciała, częstotliwość upadków i stosowania zaopatrzenia ortopedycznego ułatwiającego funkcjonowanie w życiu codziennym.

Wyniki:

W badaniach udział wzięły 143 kobiety (średnia wieku $61,5 \pm 9,4$ lat) leczone z powodu nowotworu gruczołu piersiowego. 59 pacjentek tzw. grupa wczesnej rehabilitacji (GWR, średnia wieku pacjentek - $56,6 \pm 10,1$ lat) i 84 kobiety będące Amazonkami (średnia wieku $64,9 \pm 7,1$ lat). Najczęściej wykonywanym zabiegiem operacyjnym w tej grupie była mastektomia (całkowita wykonana była u 65 (45,8%) pacjentek). Operację chirurgiczną tą metodą wykonano głównie w grupie Amazoнок (51 osób; 60,7%, $p < 0,001$) i kobiet w wieku po 65 roku życia (36 osób; 60%, $p = 0,01$). W GWR częściej wykonywany był zabieg BCT (52,5%). Zabiegom rekonstrukcji piersi poddało się 20 (14,1%) kobiet. W trakcie leczenia uzupełniającego była prawie połowa badanej grupy (75; 56,8%), częściej pacjentki z GWR (88,2%), będące poniżej 65 roku życia (74 %). W skali ECOG pacjentki w większości (82; 57,3%) oceniły jako prawidłowy stan swojej sprawności i zdolności do samodzielnego wykonywania codziennych czynności. Grupy Amazoнок i kobiet starszych różniły się jednak istotnie w zakresie oceny stopnia niepełnosprawności według skali zmodyfikowanej Rankina. W grupie GWR i kobiet młodszych dominował brak objawów niepełnosprawności (bez lub z towarzyszącymi objawami chorobowymi). Nie stwierdzono natomiast w obu badanych grupach istotnych różnic w wykonywaniu większości poszczególnych czynności dnia codziennego kobiet, ocenianych według skali Barthel Index. W badanej grupie pacjentek występowało przeciętnie 5 schorzeń przewlekłych. Najczęściej były to choroby tarczycy (45;33,1)%, zmiany zwyrodnieniowe

stawów (30;22,1%) oraz niewydolność układu krążenia (31;22,8%)%, wątroby(25; 18,4%), a także miażdżycy tętnic obwodowych(22;16,2%). Grupy wieku natomiast różniły się między sobą istotnie w zakresie częstości występowania miażdżycy naczyń i chorób pochodnych – nadciśnienia tętniczego i chorób serca. Istotnie statystycznie częściej były to kobiety z GWR (69,5%) niż Amazonki (21,4%). Połowa osób badanej grupy przyjmowała przewlekle do 3 leków. Jakość życia w chorobie onkologicznej oceniono za pomocą kwestionariuszy EORTC QLQ C30 i BR23. Zarówno kobiety z GWR jak i Amazonki doświadczyły pogorszenia jakości życia (QoL). Nastąpiło to w wymiarze utraty włosów – częściej problem powyższy zgłaszały Amazonki. W obu grupach zmieniło się funkcjonowanie seksualne po leczeniu onkologicznym, które było oceniane lepiej przez kobiety z GWR i osoby młodsze. Wyższe wartości w zakresie samooceny rokowania obserwowano wśród Amazoнок i kobiet starszych. Grupa Amazoнок wypadła gorzej niż grupa GWR w zakresie samooceny skutków ubocznych terapii onkologicznej, w tym zakresie objawów ze strony piersi i ramienia. Skutki uboczne terapii onkologicznej były też gorsze w ocenie kobiet starszych po 65 roku życia. W przypadku kwestionariusza EORTC QLQ C30 nieco lepsza samoocena funkcjonowania społecznego była w grupie Amazoнок. Kobiety młodsze istotnie lepiej oceniały swój ogólny stan zdrowia i jakość życia niż osoby po 65 roku życia. Osoby starsze istotnie gorzej wypadły w skali oceny nasilenia nudności i wymiotów oraz duszności. Oceny stanu odżywienia dokonano za pomocą Mini Nutritional Assessment (MNA). W badanej grupie nie wykryto niedożywienia lub ryzyka jego rozwoju. W toku badań oceniono występowanie i nasilenie negatywnych emocji w postaci lęku i depresji za pomocą Szpitalnej Skali Lęku i Depresji – HADS oraz geriatrycznej skali oceny depresji (GDS). Na podstawie analiz wskaźnika niskiej masy mięśniowej opartego o ASM-(punkt odcięcia dla kobiet $ASM < 15\text{kg}$) zaobserwowano,

że badane kobiety w większości przypadków nie wykazywały cech sarkopenii. Porównano również wskaźnik masy ciała (BMI [kg/m²]) w badanych grupach i przeanalizowano ryzyko wystąpienia sarkopenii za pomocą wskaźnika niskiej masy mięśniowej, opartego o ASM- (punkt odcięcia dla kobiet ASM<15kg). Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między wskaźnikiem masy ciała z sarkopenią. Na podstawie kwestionariuszu SarQoL analizowano związek jakości życia z wystąpieniem sarkopenii u pacjentek leczonych z powodu raka piersi. Zanotowano istotne statystycznie zależności. W oparciu o zmienną zależną „depresja” (ocena na podstawie skali GDS) oraz zmienne niezależne: „lata od zabiegu”, „liczba chorób przewlekłych”, „stan odżywienia” (punkty w skali MNA), „sarkopenia” (rozpoznanie w oparciu o bioimpedancję – kryterium ASM/height²<5.5kg/m²) oraz „stosowanie leczenia uzupełniającego” stworzony został model drzewa klasyfikacyjno-regresyjnego, który wykazał iż depresja o rosnącym natężeniu

występuje u pacjentek niedożywionych (≤ 16.25 punktów w skali MNA), pacjentek ze stwierdzonym ryzykiem niedożywienia (MNA ≤ 26.75 pkt), które jednocześnie podawały co najmniej jedną chorobę przewlekłą, u których minęło 20,5 lub mniej lat od leczenia zabiegowego, które nie były poddane leczeniu uzupełniającemu, lub u których to leczenie zostało zakończone, a także u pacjentek z prawidłowym stanem odżywienia wg MNA (>26.75 pkt), ale u których na podstawie bioimpedancji można było rozpoznać sarkopenię (ASM/wzrost²<5.5kg/m²).

Wnioski:

1. Pacjentki po leczeniu nowotworu piersi korzystające z turnusów rehabilitacyjnych oraz uczestniczące w zorganizowanych zajęciach Klubu Amazonek, bez względu na rodzaj wykonywanego zabiegu, odznaczają się dość dobrym stanem zdrowia i prawidłową sprawnością psycho-fizyczną. Badane grupy, pomimo różnicy wieku i zastosowanych w ich przypadku form leczenia onkologicznego, nie różniły się w wykonywaniu większości czynności dnia codziennego i w ocenie przy pomocy skali Rankina. Nie różniły się także w zakresie częstości występowania chorób towarzyszących, poza istotnie częstszym występowaniem miażdżycy naczyń i chorób pochodnych – nadciśnienia tętniczego i chorób serca u starszych chorych.
2. Standaryzowane kwestionariusze oceny jakości życia u chorych z nowotworem i u pacjentów po leczeniu raka piersi (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR 23) wykazały, że zarówno pacjentki z GWR jak i Amazonki doświadczyły pogorszenia jakości życia (QoL) na skutek leczenia onkologicznego z powodu raka piersi.
3. Analiza częstości rozpoznawania sarkopenii w badanej grupie na podstawie proponowanych przez EWGOSP2 kryteriów dla wskaźników opartych o badanie bioimpedancji potwierdziła istotnie częstsze rozpoznawanie sarkopenii z zastosowaniem kryterium opartego na ASM niż ASM/wzrost². Może to wskazywać na potrzebę dalszych badań i weryfikację punktów odcięcia dla proponowanych jako alternatywne dla siebie wskaźników rozpoznawania sarkopenii oraz na ustalenia jednolitych kryteriów rozpoznawania niskiej masy mięśniowej w populacji kobiet po leczeniu raka piersi przy użyciu BIA.
4. Osoby z rozpoznaną niską masą mięśniową nie sygnalizowały bardziej nasilonych subiektywnych objawów sarkopenii ocenionych przy pomocy kwestionariusza SarQoL. Może

to wskazywać na korzystny wpływ rehabilitacji i podejmowanej aktywności na jakość życia pacjentek także z obiektywnymi wykładnikami niskiej masy mięśniowej.

5. Istotnie częstsze występowanie depresji u kobiet leczonych z powodu raka piersi z niedożywieniem/ ryzykiem niedożywienia, a także u pacjentek z prawidłowym stanem odżywienia- ale u których na podstawie bioimpedancji można było rozpoznać sarkopenię, może wskazywać na większą potrzebę uwzględnienia oceny stanu psychicznego i wdrażania stosownej interwencji w tej grupie chorych. Należy wziąć jednak pod uwagę możliwość odwrotnego kierunku tej zależności, gdyż stan odżywienia i masa mięśniowa mogą być pochodną ogólnego stanu zdrowia, oddziałującego na kondycję psychiczną chorych.

6. Badana populacja pacjentek leczonych z powodu raka piersi charakteryzowała się w przeważającej większości wyższymi wskaźnikami BMI, przy czym nadwagę lub otyłość można było podejrzewać u ponad połowy osób z sarkopenią. Potencjalizujący się wpływ sarkopenii i otyłości może negatywnie oddziaływać na stan zdrowia pacjentek, co wskazuje na konieczność uwzględnienia oddziaływania żywieniowego i fizjoterapeutycznego w tej grupie chorych.

7. Pacjentki wieku starszym, przynależące do Klubu Amazonek, pomimo wielochorobowości nie wykazały istotnych różnic wykonywaniu czynności codziennych i w typowym tygodniu roku ćwiczyły intensywniej, nieco rzadziej wykazywały cechy sarkopenii niż pacjentki z GWR, co prawdopodobnie jest skutkiem edukacyjnego i proaktywnego działania organizacji. Wskazywać to może na większą potrzebę szerzenia informacji na temat działalności Klubu Amazonek oraz do zachęcania i czynnego brania udziału w jego działalnościach, co przekładać się może na profilaktykę sarkopenii i poprawę jakości życia pacjentek starszych leczonych z powodu raka piersi.