

## Ali pomeni ohranitev organov tudi boljšo kakovost življenja?

Pogovor s prof. dr. Ianom Tannockom

Zapis je nastal med drugim mednarodnim sestankom »O zdravljenju raka z ohranitvijo organov« letos v Ljubljani. Prof. dr. Ian Tannock je sodeloval na srečanju z vabljenim predavanjem na temo »Kakovost življenja«.

### **Bi najprej lahko spregovorili o svojem strokovnem delu in karieri?**

Po končani diplomii sem nadaljeval študij na Inštitutu za raziskave raka v Londonu, kjer sem v okviru svoje doktorske disertacije raziskoval celično kinetiko pri eksperimentalnih tumorjih, po opravljenem doktoratu pa sem se še dodatno usposabljal v bolnišnici MD Anderson v Houstonu. Nato sem nadaljeval študij na Medicinski fakulteti Pensilvanijske univerze v Filadelfiji, po diplomii, leta 1974, pa sem odšel v Toronto na izpopolnjevanje s področja interne medicine in onkologije. Od leta 1978 sem zaposlen v Bolnišnici princese Margarete (Princess Margaret Hospital), ki je največja kanadska onkološka bolnišnica ter hkrati klinika Univerze v Torontu. Glavna klinična področja, s katerimi se ukvarjam, so zdravljenje bolnikov z rakom dojke in genitourinarnega sistema. Sodelujem v kliničnih študijah, ki obravnavajo ti dve vrsti obolenj, nekatere tudi vodim. Moje širše interesno področje je metodologija kliničnih študij in kakovost življenja. Imam tudi manjši laboratorij, v katerem proučujemo načine za boljšo kemoterapijo pri solidnih tumorjih.

**Danes smo imeli priložnost poslušati vaše odlično predavanje o kakovosti življenja. Še pred desetimi leti se za kakovost življenja naših bolnikov nismo kaj dosti menili. Glavni cilj onkološkega zdravljenja je bila ozdravitev bolnikov ali podaljšanje njihovega preživetja. Zadnjih nekaj let pa postaja vse bolj pomembno izboljšati ne le dolžino temveč tudi kakovost preživetja. Ali menite, da je merjenje kakovosti življenja naših bolnikov uspešno?**

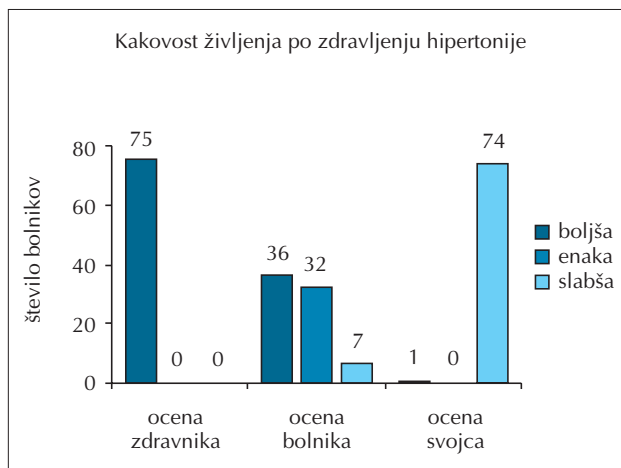
Včasih je, včasih pa tudi ni. Ne verjamem, da se pred desetimi leti nismo čisto nič zanimali za kakovost življenja naših bolnikov, res pa je, da smo radi verjeli (včasih tudi zgrešeno), da je z bolniki, ki so imeli tumorski odziv, vse v redu in kakovosti njihovega življenja nismo merili. Glavna sprememba, do katere je prišlo v zadnjih nekaj letih, je spoznanje, da večina kemoterapevtskih shem pri napredovalem raku kaj malo vpliva na trajanje preživetja in da moramo presoditi, če z njimi izboljšamo kakovost bolnikovega življenja, zlasti kadar gre za izrazito toksične načine zdravljenja. To nam sedaj že kar dobro uspeva v kliničnih študijah, redko pa poskušamo enake načine ocenjevanja uporabiti pri bolnikih, ki se zdravijo izven kliničnih študij.

### **Kdo naj meri kakovost življenja? Ali lahko zdravniki ocenjujejo kakovost življenja pri svojih bolnikih?**

Zdravniki lahko do neke mere ocenijo kakovost življenja pri svojih bolnikih, vendar je taka ocena nepopolna in pogosto nenatančna. Merilo, ki ga uporabljajo zdravniki, temelji na oceni bolnikove zmogljivosti s pomočjo enostavne enodimenzionalne lestvice. Stanje zmogljivosti nam nudi nekaj koristnih napovednih podatkov o izidu zdravljenja in je vsaj tako pomembno, če ne še pomembnejše kot standardni prognostični dejavniki, kakršna sta stadij in stopnja malignosti tumorja. Bolnikova ocena lastne kakovosti življenja dopolni prognostične podatke ne glede na zdravnikovo oceno stanja zmogljivosti. Je hkrati multidimenzionalna in vključuje fizične, družbene in čustvene vidike, ki dodatno opredeljujejo sicer nejasno definiran pojem kvalitete življenja.

### **Pri vaši predstavitvi mi je bil izredno všeč primer študije pri bolnikih z visokim krvnim tlakom, s katerim ste ponazorili razlike v ocenah kakovosti življenja s strani bolnikov, svojcev in zdravnikov. Bi lahko ta primer komentirali?**

Da, v mislih imate predvidevanje zdravnikov, da so z znižanjem krvnega tlaka zagotovo dosegli izboljšanje kakovosti življenja, medtem ko bolniki, zlasti pa še njihove žene, menijo ravno obratno. Analogno velja za onkologijo, saj mnogi onkologi-internisti uporabljajo tumorski odziv



**Slika 1.** Kakovost življenja po zdravljenju z zdravili za znižanje krvnega tlaka: ocena zdravnika, bolnika in svojcev (Jachuk et al. Hypotensive drugs and quality of life. J Roy Coll Gen Pract 1982;32:103)

oziroma določeno zmanjšanje tumorske mase kot primarno merilo pri ocenjevanju rezultatov zdravljenja. Pri mnogih izmed nas je vcepljeno prepričanje, da pomeni zmanjšanje tumorja hkrati tudi izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja, kar pa ni vedno tudi res. Prav tako kot znižanje krvnega tlaka pri nekaterih ne sovпада nujno z njihovim boljšim počutjem, tako tudi zmanjšanje velikosti tumorja še ne pomeni, da se mora bolnik počutiti bolje. Kadar uporabljate načine zdravljenja, ki so do določene mere toksični, bo morda prišlo le do izravnave med zmanjšanjem bolezenske simptomatike in sopojavom simptomov kot posledico toksičnosti kemoterapije. Začenjamo spoznavati, da obstajajo poleg znanih sopojavov, kot je npr. znižanje števila krvnih telesc, še stranski učinki kemoterapije, ki povzročajo psihosocialne probleme in kognitivne motnje. Med ostalimi primeri velja omeniti še simptome menopavze pri ženskah in utrujenost.

***Danes smo razpravljali o onkološkem zdravljenju z ohranitvijo organov in naša mnenja glede kakovosti življenja pri bolnikih z ohranjenimi organi so bila različna. Vprašanje je bilo, ali ohranitev organov pomeni tudi boljše kakovost življenja. Kakšno pa je vaše mnenje glede povezave med kakovostjo življenja in ohranitvijo organov?***

Na splošno velja, da bo z ohranitvijo organa, ki opravlja pomembno funkcijo, tako kot npr. glasilk, mehurja ali še najbolj očitno okončine pri zdravljenju sarkoma, kakovost življenja nedvomno boljša, če bo ta funkcija ohranjena. Ovrigel bi veljavnost kakršnega koli ocenjevanja kakovosti življenja, ki ne bi sovpadalo z nespornimi ugotovitvami glede človekovih funkcij in potreb. To pa ne pomeni, da je postopek z ohranitvijo organov vselej boljši: včasih lahko radioterapija s kemoterapijo ali brez nje pri določenih bolnikih prizadene kakovost njihovega življenja veliko bolj, kot če bi prestali radikalni kirurški poseg. Če vzamemo za primer zdravljenje lokalno napredovalega raka glasilk, klinične študije kažejo, da je preživetje pri terapiji z ohranitvijo glasilk in pri laringektomiji podobno, da pa dve tretjini bolnikov, pri katerih poskušajo ohraniti glasilke, te tudi obdržijo. Pri nekaterih bolnikih ima lahko pristop z ohranjanjem organa, enako kot radikalni pristop, neprijetne stranske učinke. Kljub temu pa skoraj ni dvoma, da je ohranitev organa metoda izbora pri večini bolnikov z lokalno napredovalim rakom glasilk.

***Zgodba pa je drugačna, ko govorimo o adjuvantni terapiji, kjer nudimo bolniku večjo verjetnost ozdravitve s tem, da uporabimo toksično sistemsko zdravljenje, kar pa gre, vsaj v času zdravljenja, na račun slabše kakovosti življenja. V tem primeru kvantiteta življenja nadomesti njegovo kvaliteto. Zdi se, da je večina bolnikov pripravljena prestati toksično zdravljenje čeprav je možnost, da se njihovo življenje podaljša, zelo majhna. Kaj menite o tem?***

V primeru adjuvantne kemoterapije pri raku dojke je to verjetno res, čeprav se mnenja posameznikov o tem zelo razlikujejo. Prepričan sem, da ste se tudi vi, enako kot jaz, že srečali z ženskami, ki so kategorično odklonile kemoterapijo, čeprav ste jih seznanili z možnostjo daljšega preživetja. To se dejansko dogaja, čeprav ne pogosto. Na

splošno je izboljšanje, bodisi kot večja možnost ozdravitve ali kot daljše trajanje preživetja, glavni cilj zdravljenja, vendar pa za to, da se odločite za postopek z ohranitvijo organa, ne potrebujete ekvivalenta preživetja. Če se povrnemo k primeru zdravljenja raka glasilk, lahko predvidevamo, da bi se tudi ob 10% razliki v dolgoročnem preživetju v korist laringektomije mnogo bolnikov odločilo za ohranitev glasilk, enako pa kaže tudi starejša študija McNeila in sodelavcev. Večja kot je izguba funkcije, bolj verjetno je, da bodo bolniki pripravljani sprejeti nekoliko slabše preživetje ali možnost ozdravitve, če jim to zagotavlja boljšo funkcijo. Na žalost nimamo dovolj podatkov, da bi lahko z gotovostjo odgovorili na to vprašanje. O tem, kakšne so razlike v končnem rezultatu zdravljenja pri radikalnih kirurških posegih in metodah z ohranitvijo organa, potrebujemo več podatkov, pa tudi več mnenj bolnikov o nadomeščanju kvantitete s kvaliteto.

***Očitno je kakovost življenja v veliki meri odvisna od pričakovanj bolnika glede tega, kaj se bo zgodilo po zdravljenju, tj. glede ozdravitve in preživetja. Ali menite, da se stopnje teh pričakovanj od bolnika do bolnika razlikujejo, zaradi česar je dojemanje kakovosti preživetja pri vsakem posameznem bolniku drugačno?***

Da, prepričan sem, da so pričakovanja pri različnih bolnikih zelo različna. Dokazano je tudi, da imajo mnogi bolniki mnogo bolj optimistična pričakovanja o izidu zdravljenja, kot pa bi bilo pričakovati na osnovi rezultatov kliničnih študij. Ne glede na to pa lahko prospektivno v daljšem času ocenjujete kakovost življenja bolnikov, ki so bili različno zdravljeni in pri katerih so se razvili različni stranski učinki zdravljenja. Kakovost življenja ni lastnost povprečne osebe temveč posameznika, kljub temu pa lahko določite verjetnost izboljšanja ali poslabšanja kakovosti življenja prav tako, kot lahko ocenite verjetnost tumorskega progressa ali odgovora. Tudi če bi imeli na voljo iste zbirne podatke o verjetnosti ozdravitve in verjetnosti pojava stranskih učinkov, se vsi bolniki ne bi odločili za enako zdravljenje. Prizadevati si moramo, da bi lahko vsem posredovali točne podatke o teh verjetnostih.

***Zelo verjetno ne bi smeli vzeti povprečnega rezultata odgovorov na različna vprašanja glede kakovosti življenja in različnih meritev, temveč bi se najbrž morali osredotočiti na spremembe vsake posamične spremenljivke pri vsakem posamičnem bolniku.***

Da, verjetno bi morali ravnati tako, čeprav je pomembno osredotočiti se na tisto merilo kakovosti življenja, ki je še posebej pomembno za določeno bolezen (npr. bolečina pri raku prostate) kot primarno merilo. Ne glede na to, kaj pravzaprav ocenjujemo v klinični študiji, bo pomembno opredeliti primarno merilo izida zdravljenja, čeprav bo treba zagotoviti, da ne bomo izboljšali enega vidika kakovosti življenja na račun drugih. V skupini bolnikov poskušamo določiti verjetnost, da bo bolnik doživel pomembno izboljšanje v kakovosti svojega življenja. Vendar pa je vselej težko govoriti bolnikom o verjetnosti, kajti oni raje razmišljajo, kaj konkretno se bo z njimi zgodilo. Zelo težko razumejo, kaj pomeni 40% verjetnost,



**primerov tako kakovosti življenja ne merimo. Vseeno pa zdravniki radi govorimo o tem, da je kakovost življenja pri določenem načinu zdravljenja dokaj dobra. Kaj menite o tem?**

Da, v naši vsakodnevni klinični praksi bi morali uporabljati enostavna merila kakovosti življenja. To nam ne bi koristilo le pri odločanju, ali bo neko zdravljenje dobro ali slabo, temveč tudi pri tem, ali naj ga prekinemo ali spremenimo. Včasih zdravljenje radi pretirano podaljšujemo, saj je pogosto lažje z njim nadaljevati kot prenehati. Pogovor z bolnikom je pogosto dokaj kratek. Če bi imel bolnik preprosto oceno kakovosti življenja, bi to lahko primerjali s tisto od predhodnih obiskov in bi se lahko bolje odločali glede morebitne spremembe zdravljenja. Pred nekaj leti smo poskušali uvesti študijo o raku prostate, v kateri bi bolniki izpolnili kratek vprašalnik o kakovosti življenja preden bi prišli k zdravniku. Načrtovali smo obdobje, v katerem bi preprosto zbirali te vprašalnike, ne da bi jih pokazali zdravniku, in bi videli, kako bi bili bolniki

zdravljeni v prvi fazi študije. V drugi fazi študije bi zdravniku pokazali bolnikov vprašalnik o kakovosti življenja in spremembo od predhodnega, preden bi sprejel klinično odločitev, nato pa bi podatke analizirali, da bi videli, ali je to kaj vplivalo na način zdravljenja. Ker pa financiranje te študije ni bilo odobreno, smo jo morali opustiti. Morda pa je sedaj čas, da izpeljemo tako vrsto študije, saj bi nam dala zelo dobre dodatne informacije, na osnovi katerih bi sprejemali klinične odločitve.

***Za vaše odgovore se najlepše zahvaljujem. In še zadnje vprašanje - kakšna je bila kakovost vašega bivanja v Sloveniji?***

Hvala lepa, bila je naravnost izvrstna!

Pogovor je vodila in zapisala Tanja Čufer

