

STOMIILE LA PACIENȚII CU CANCER DE COLON NEMETASTATIC. STUDIU PROSPECTIV ASUPRA CALITĂȚII VIETII

Paula Popa^{1,2}, C. Pleșa², C.N. Neacșu², D. Vintilă², T. Țăranu²,
Liliana Forțu², Șt. O. Georgescu²

1. Doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași
2. Clinica II Chirurgie, Spitalul Universitar „Sf. Spiridon” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași

THE OSTOMIES IN PATIENTS WITH NONMETASTATIC COLON CANCER. A QUALITY OF LIFE PROSPECTIVE STUDY (Abstract). *Background.* Colorectal cancer has a high incidence and 20% from these cases are admitted with complications. Unfortunately, these complications constrain frequently the surgeon to making a stoma. *Material and method.* During three years, between 2008 and 2010, we performed a prospective cohort study on 43 consecutive patients with nonmetastatic colon cancer surgically stomized in two surgical departments from University Hospital „Sf. Spiridon” Iași, Romania. The documented nonmetastatic colon cancer prior to surgery was the main selection criteria. Preoperatively the subjects answered to the items of the EORTC QLQ-C30 version 3.0 questionnaire. The stomized patients with nonmetastatic colon cancer remained in study. A new interview based on EORTC QLQ-C30 questionnaire after three months from the initial surgery represented the recruitment endpoint. There were 31 men (72.1%) and 12 women (27.9%) with mean age 64.8 ± 9.34 years (range 47 to 85 years). The reconstructive surgery was performed in 12 patients. The quality of life (QoL) of these subjects was measured again after three months from the reconstructive procedure. We assessed the following independent variables: gender, age, comorbidities, time between hospital admission and surgical procedure, tumor site, surgical procedure, ostomy type and chemotherapy. *Results.* After three months from the ostomy we registered a significant increase in global health status (QL), physical functioning (PF), role functioning (RF), emotional functioning (EF) and cognitive functioning (CF). Only social functioning remained insignificantly changed. A comparison between the registered QL and functioning scales with the reference scores showed the significant lower levels of the QoL after ostomy, excepting the CF. The symptoms scale was significantly improved after surgery with no significant differences from the EORTC reference values. The unresectable tumors and the ileostomy were the main variables correlate with a decrease in QoL status. In our sample, the EF and SF were the most affected functions. The statistical analysis on the patients with reconstructive surgery showed a significant increase in QoL status and the compensation of the previous lower levels of the EF and SF. *Conclusions.* The ostomies save the life of the patients with nonmetastatic complicated colon cancer and lead to the symptoms remission, but some problems regarding the adaptation at this undesired condition remain outstanding. Especially the patient with fixed ostomies requires the help from a psychologist and stomatherapist.

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE, COLON CANCER, ILEOSTOMY, COLOSTOMY.

Corespondență: Dr. Paula Popa, Spitalul Universitar „Sf. Spiridon” Iași, Clinica II Chirurgie, B-dul Independenței nr. 1, Iași, România, 700111*.

INTRODUCERE

Cancerul colorectal reprezintă a doua cauză de deces prin cancer în SUA și Japonia [1], fiind de asemenea o patologie foarte frecventă și în serviciile chirurgicale din România.

* received date: 07.02.2011

accepted date: 14.04.2011

Din nefericire peste 20% dintre pacienții cu cancer colorectal se prezintă în faza complicațiilor bolii [2], când instituirea unei ileo/colostomii este aproape inevitabilă. Depășirea înaltelor riscuri de morbiditate și mortalitate postoperatorie ce caracterizează complicațiile cancerului de colon, legitimează indubitabil satisfacția chirurgului, dar satisfacția pacientului stomizat definitiv sau temporar rămâne deseori necunoscută. Am considerat utilă efectuarea unui studiu prospectiv asupra calității vieții (CV) pacienților stomizați pentru neoplasm de colon, deoarece o cuantificare a efectelor resimțite de aceștia ar oferi un feedback util stabilirii unor conduite terapeutice optime.

MATERIAL ȘI METODĂ

În intervalul 01.01.2008-31.12.2010, în Clinicile I-II ale Spitalului Universitar „Sf. Spiridon” Iași, la 78 pacienți consecutivi diagnosticați cu cancer s-a impus practicarea unei ileo/colostomii. Consimțământul informat pentru includerea în studiu, a fost solicitat pacienților cu scor ASA<4, diagnosticați sau suspicioși clinic și paraclinic cu cancer de colon la care s-a documentat, cel puțin prin ultrasonografie și examen radiologic, absența metastazelor hepatice și/sau pulmonare. După exprimarea acordului de înrolare în studiu, subiectul a fost rugat să completeze un prim formular *EORTC QLQ-C30 versiunea 3.0.* (limba română). Dacă explorarea chirurgicală a confirmat localizarea tumorii oriunde în porțiunea cuprinsă între cec și joncțiunea rectosigmoidiană, precum și absența metastazelor la distanță (hepatice, peritoneale, etc.), pacientul a rămas în studiu. Dacă pacientul a fost externat cu ileo/colostomie, s-a programat un nou interviu peste trei luni. Completarea unui nou formular *EORTC QLQ-C30 versiunea 3.0.* la circa trei luni de la intervenția chirurgicală soldată cu stomie a reprezentat punctul final (endpoint) al selecției. Prin aplicarea criteriilor de selecție și excludere (Tabel 1) s-a obținut un lot de 43 subiecți consecutivi la care s-au înregistrat parametrii de cuantificare a calității vieții în maniera descrisă mai sus.

Tabel 1

Criteriile de selecție și excludere aplicate în studiul de calitate a vieții pacienților stomizați pentru cancer de colon nemetastatic

(N=78; 2008-2010; Clinicile I-II Chirurgie Sp. Universitar „Sf. Spiridon” Iași)

Criterii de selecție	Criterii de excludere
Cancer de colon fără metastaze hepatice și/sau pulmonare diagnosticat/suspicionat clinic și paraclinic, confirmat ulterior de explorarea chirurgicală	Metastaze viscerale documentate pre-/intraoperator sau localizarea extracolică a tumorii primare sau localizarea fie în amonte de cec, fie distal de joncțiunea rectosigmoidiană (n=12)
Scor ASA < 4	Scor ASA ≥ 4 (n=4)
Pacient cooperant, orientat temporo-spațial	Tulburări psihice, lipsă de discernământ, inconștient (n=2)
Exprimarea neechivocă a consimțământului informat privind înrolarea în studiu (semnarea formularului)	Refuzul de a participa la studiu (n=4)
Completarea preoperatorie a formularului EORTC QLQ-C30 versiunea 3.0.	Necompletarea preoperatorie a formularului EORTC QLQ-C30 versiunea 3.0. („surpriză” intraoperatorie) (n=5)
Pacient operat pentru cancer de colon nemetastatic externat cu ileo-/colostomie	Pierderea din evidență cu necompletarea la circa trei luni postoperator a unui nou formular <i>EORTC QLQ-C30 versiunea 3.0.</i> (n=6)
Completarea la circa trei luni postoperator a unui nou formular <i>EORTC QLQ-C30 versiunea 3.0.</i>	Existența la 3 luni postoperator a unor complicații la nivelul stomiei (prolaps, stenoză, eventrație, etc.) (n=2)
Total incluși în studiu = 43	Total excluși din studiu = 35

În lotul studiat predomină bărbații, cei mai mulți subiecți având vârsta peste 50 de ani, în general cu 2-3 comorbidități asociate. S-au prezentat cu abdomen acut chirurgical 16 pacienți (37.2%), pentru care s-a intervenit chirurgical în primele 12 ore. Majoritatea subiecților au avut tumori localizate pe colonul stâng (n=39; 90.7%). Neoplazia a fost descoperită în stadiile II (n=15; 34.9%) și III (n=28; 65.1%), încadrarea în sistemul TNM (AJCC/UICC ed. 6) având la bază examenul histopatologic în 33 de cazuri (76.7%), în timp ce la 10 subiecți (23.3%), invazia locală și/sau comorbiditățile existente au limitat gestul chirurgical doar la rezolvarea complicației, cu lăsarea tumorii pe loc și cu o încadrare stadială rezultată din explorarea intraoperatorie. În nouă cazuri (20.9%) în intervenția inițială s-a tentat o anastomoză per primam, dar apariția unei fistule anastomotice a impus reintervenția finalizată cu ileo/colostomie (Tabel 2).

Tabel 2
Principalele variabile ale cohorței pacienților stomizați pentru cancer de colon nemetastatic
(N=43; 2008-2010; Clinicile I-II Chirurgie Sp. Universitar „Sf. Spiridon” Iași)

Variabilele documentate preoperator		Variabilele tratamentului chirurgical	
Sex (n/%)		Moment operator (n/%)	
Bărbați (n/%)	31/72.1	Urgență primele 0-12 ore	16/37.2
Femei (n/%)	12/27.9	Urgență primele 12-24 ore	15/34.9
Vârsta (medie)	64.8±9.34 ani (extreme 47-85 ani)	Electiv	12/27.9
Grupe de vârstă (n/%)		Localizarea tumorii (n/%)	
<50 ani	2/4.7	Ceco-ascendent	5/11.6
50-59 ani	11/25.6	Transvers	1/2.3
60-69 ani	16/37.2	Descendent	6/14.0
≥ 70 ani	14/32.6	Sigmoid	16/37.2
		Jonctiune rectosigmoidiană	15/34.9
Comorbidități (n/%)		Operația (n/%)	
Anemie	34/79.1	Hemicolectomie dreaptă	3/7
Malnutriție	5/11.6	Tranversectomie	1/2.3
Obezitate	6/14.0	Hemicolectomie stângă	4/9.3
Insuficiență cardiacă I-III NYHA	33/76.7	Colectomie segmentară tip Hartman	21/41.8
Insuficiență respiratorie mixtă	5/11.6	Amputație abdomino-perineală	4/9.3
Insuficiență hepatică Child A-B	17/39.5	Doar colostomie	8/18.6
Retenție azotată fixă	8/18.6	Doar ileostomie	1/2.3
Diabet zaharat tip II	2/4.7	Ileotransversoanastomoză	1/2.3
Nr. comorbidități/caz (n/%)		Lăsarea tumorii pe loc (n/%)	10/23.3
1 comorbiditate	7/16.3	Indicația stomiei (n/%)	
2 comorbidități	14/32.6	De principiu	34/79.1
3 comorbidități	14/32.6	De necesitate*	9/20.9
4 comorbidități	7/16.3	Tip stomie (n/%)	
5 comorbidități	1/2.3	Ileostomie	5/11.6
		Colostomie	38/88.4
Abdomen acut (n/%)		Complicații postoperatorii precoce (n/%)	
Ocluzie	14/32.6	Infecție plagă	4/9.3
Peritonită	2/4.7	Infecție urinară	4/9.3
		Pneumonie	1/2.3

*Pacienți la care s-a efectuat anastomoză per primam dar care au dezvoltat fistulă anastomotică

La controlul efectuat la trei luni postoperator se aflau sub chimioterapie 26 de subiecți (60.5%). Până la momentul închiderii recrutării, au beneficiat de desființarea stomiei și repunerea în circuit 12 pacienți (27.9%), aceștia fiind intervievați din nou la trei luni de la această ultimă operație.

Instrumentul utilizat pentru măsurarea calității vieții a fost formularul omologat pentru limba română de către *European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 versiunea 3.0*. Acest formular are 30 de afirmații, 28 dintre acestea cu patru variante de răspuns, restul de două având șapte variante. Primele cinci afirmații nu se referă la un anumit interval de timp, însă restul se referă distinct la ultima săptămână de înaintea interviului. Răspunsurile se centralizează în trei scale: statusul sănătății globale, statusul funcțional și scala de simptome. Cu cât valorile primelor două scale sunt mai mari, cu atât status-ul este mai bun, în schimb valorile mari ale scalei de simptome sunt direct proporționale cu intensitatea problemelor de sănătate. Formularul, manualul de calcul al scorurilor și valorile de referință [3,4] se pot descărca gratuit după subscrierea pe site-ul *www.eortc.be*.

Statistică și etică. Folosind programul *Epi Info™* s-au calculat indicatorii tendinței centrale pentru fiecare variabilă, s-au comparat eșantioanele prin testul *t*, iar analiza de corelație bivariată s-a efectuat prin calcularea coeficientului Spearman. Pragul de semnificație *p* a fost fixat la 0.05 (two-tailed). Studiul a fost aprobat de Comisia de Etică a Școlii Doctorale din Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași, România.

REZULTATE

După intervenția chirurgicală s-a constatat o îmbunătățire semnificativă a calității vieții, comparativ cu nivelul preoperator al acesteia (Tabel III). A crescut semnificativ nivelul statusului global, iar din scala funcțională doar status-ul social nu s-a modificat semnificativ.

De asemenea, amplitudinea simptomelor a diminuat semnificativ, cu excepția problemelor respiratorii (DY) și a diareei (DI), care oricum aveau niveluri reduse și preoperator. Această modificare aparent spectaculoasă a percepției subiecților asupra calității vieții trebuie totuși abordată cu circumspecție. La majoritatea pacienților (n=31; 72.1%), starea clinică a impus intervenția chirurgicală în primele 24 de ore de la internare. Completând formularul în acest interval de timp caracterizat de evoluția unei complicații, este firesc să se înregistreze o alterare importantă a calității vieții acestor pacienți.

Efectul benefic al intervenției chirurgicale asupra calității vieții este documentat, dar nivelurile înregistrate la trei luni postoperator diferă semnificativ de valorile de referință EORTC (Tabel 3). La pacientul purtător de ileo/colostomie s-a evidențiat o scădere semnificativă față de valorile de referință a statusurilor globale (QL), fizic (PF), ocupațional (RF), emoțional (EF) și social (SF). Statusul cognitiv (CF) a înregistrat într-adevăr o evoluție favorabilă la trei luni de la intervenție. Majoritatea simptomelor s-au remis semnificativ în aceste trei luni de la intervenție, cu excepția tulburărilor de somn. Dispneea semnificativ mai importantă în lotul studiat față de valorile de referință EORTC, neinfluențată de intervenția chirurgicală, sugerează asocierea acesteia cu comorbiditățile deja existente, nefiind imputabilă bolii de bază și/sau intervenției chirurgicale. Un aspect interesant relevat de testul statistic, îl reprezintă nivelul semnificativ mai redus al problemelor financiare la trei luni de la tratamentul chirurgical, comparativ cu valorile de referință EORTC.

Trebuie subliniat că valorile de referință au fost calculate de *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* în urma unor studii derulate în țările occidentale, deci într-un spațiu economic dezvoltat. În plus, studiul nostru acoperă anii 2009-2010, perioadă caracterizată printr-un declin economic la scară mondială, cu impact important și asupra țării noastre.

Tabel 3

Calitatea vieții pacienților cu cancer de colon nemetastatic stomizați. Comparația dintre calitatea vieții înainte de operație și calitatea vieții la 3 luni de la aceasta. Comparația dintre calitatea vieții la 3 luni postoperator și valorile de referință EORTC

(N=43; 2008-2010; Clinicile I-II Chirurgie Sp. Universitar „Sf. Spiridon” Iași; test *t*)

Scala	Abreviere EORTC	Scorul de referință EORTC (medie) [3,4]	Scor preoperator (medie)	Scor postoperator la 3luni (medie)	Scor preoperator vs. scor postoperator (<i>p</i>)	Scor postoperator vs. scor de referință (<i>p</i>)
Statusul global	QL	60.7±23.4	24.2±13.7	54.4±11.5	0.00001	0.001
Statusul funcțional						
Fizic	PF	79.2±21.1	57.3±20.8	61.7±21.6	0.02	0.0001
Ocupațional	RF	70.4±32.8	36.0±18.9	51.9±18.9	0.0001	0.0001
Emoțional	EF	68.9±24.5	37.6±15.9	49.4±16.5	0.0001	0.0001
Cognitiv	CF	85.2±20.4	66.3±20.1	80.2±16.8	0.0001	NS
Social	SF	76.0±28.6	33.7±18.4	29.8±15.3	NS	0.00001
Simptome						
Astenie	FA	34.7±28.4	71.5±17.01	35.9±18.9	0.00001	NS
Greață, vărsături	NV	7.3±17.2	65.9±17.8	9.6±11.0	0.000001	NS
Durere	PA	24.0±29.6	79.8±18.7	24.7±20.4	0.000001	NS
Dispnee	DY	17.4±26.3	25.6±22.8	24.8±23.1	NS	0.042
Insomnie	SL	30.5±32.6	51.1±19.7	14.7±19.6	0.00001	0.0001
Inapetență	AP	19.1±30.2	92.9±18.4	15.5±20.9	0.000001	NS
Constipație	CO	15.8±27.9	84.5±21.0	10.1±21.2	0.000001	NS
Diaree	DI	16.6±27.6	23.2±19.9	16.3±28.5	NS	NS
Dificultăți financiare	FI	13.6±26.3	58.9±23.9	48.8±22.2	0.014	0.0001

Aceste diferențe semnificative dintre valorile de referință EORTC ale unor parametri de calitate a vieții și cei înregistrați la trei luni de la practicarea ileo/colostomiei, sunt cauzate de existența stomiei sau există și alți factori ce contribuie la crearea acestor discrepanțe?

Pentru a răspunde la această întrebare s-au propus două tipuri de variabile-cauză:

1. Variabile independente de existența stomiei: sexul, vârsta, comorbiditățile, lăsarea tumorii pe loc, stadiul neoplaziei, complicațiile postoperatorii și chimioterapia la momentul celui de-al doilea interviu;
2. Variabile în legătură cu stomia: tipul și indicația acesteia (de necesitate sau de principiu).

Analiza corelației bivariante dintre variabilele independente de existența stomiei și valorile scalelor EORTC care au prezentat abateri semnificative la trei luni postoperator față de media de referință (Tabel 4), relevă în special importanța extirpării chirurgicale tumorii, deoarece doar simpla rezolvare a complicației, cu lăsarea de

necesitate a tumorii pe loc, corelându-se semnificativ cu scăderea statusului global, fizic, ocupațional și social. S-a constatat de asemenea o corelație directă semnificativă între status-ul emoțional și vârstă, în sensul că vârstnicii din lotul nostru (grupa > 70 ani) au prezentat un status emoțional semnificativ mai ridicat față de ceilalți subiecți. Pacienții aflați sub chimioterapie la momentul interviului au avut o creștere semnificativă a status-ului fizic, dar și o scădere a status-ului emoțional. Existența unei afectări hepatice sau renale s-a corelat cu scăderea status-ului global și, firesc, un număr crescut de comorbidități cumulate per subiect s-a corelat cu o scădere semnificativă a status-ului fizic.

Tabel 4
Corelația dintre variabilele-efect independente de stomia pacienților cu cancer de colon nemetastatic și valorile scalelor cu abateri semnificative la 3 luni postoperator față de nivelurile de referință EORTC

(N=43; 2008-2010; Clinicile I-II Chirurgie Sp. Universitar „Sf. Spiridon” Iași, coeficient de corelație Spearman)

SCALA EORTC	Sex	Grupe vârstă	Stadiul	Tumoră lăsată pe loc	Comorbidități								Chimioterapie	
					Anemie	Malnutriție	Obezitate	IC	Insuf. resp.	IH	IR	DZ		Nr. comorbidități
QL	NS	NS	$\theta = -0.315$ $p=0.040$	$\theta = -0.663$ $p=0.0001$	NS	NS	NS	NS	NS	$\theta = -0.321$ $p=0.036$	$\theta = -0.344$ $p=0.024$	NS	NS	
PF	NS	$\theta = -0.428$ $p=0.004$	NS	$\theta = -0.455$ $p=0.002$	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	$\theta = -0.330$ $p=0.031$	$\theta = 0.436$ $p=0.003$
RF	$\theta = 0.471$ $p=0.001$	NS	NS	$\theta = -0.454$ $p=0.002$	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
EF	NS	$\theta = 0.445$ $p=0.003$	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	$\theta = -0.424$ $p=0.005$
SF	NS	NS	NS	$\theta = 0.381$ $p=0.012$	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

θ – coeficientul de corelație Spearman; NS – fără semnificație statistică; IC – insuficiență cardiacă; IH – insuficiență hepatică; IR – insuficiență renală

Analiza de corelație bivariată dintre variabilele ce țin de stomia pacienților cu neoplasm colic nemetastatic și aceleași scale EORTC ce au prezentat abateri semnificative față de valorile de referință (Tabel 5), a arătat impactul negativ al ileostomiei asupra calității vieții, toate statusurile luate în calcul fiind afectate de existența acesteia. O explicație ar fi că la trei luni de la practicarea ileostomiei, pacientul nu s-a adaptat complet pentru a compensa pierderile lichidiene mari și disconfortul unei astfel de stomii. În lotul nostru, stomia de necesitate s-a impus la reintervențiile pentru complicații postoperatorii grave determinate de fistule anastomotice, de aceea nu este surprinzător că un astfel de pacient are un status emoțional și social mult redus față de ceilalți stomizați.

S-a măsurat calitatea vieții după trei luni de la intervenția de desființare a stomiei la 12 subiecți care au completat formularul EORTC. Valorile înregistrate după repunerea în circuit (Tabel 6), au arătat o ameliorare semnificativă a statusurilor global, fizic, ocupațional și social.

Simptomele (majoritatea reduse semnificativ încă de la trei luni de la instituirea stomiei), nu au cunoscut modificări semnificative de intensitate după repunerea în

circuit, cu excepția diminuării asteniei și problemelor financiare, dar cu percepția mai accentuată a unor probleme de tranzit intestinal. Apariția constipației după repunerea în circuit, poate avea ca substrat sindromul aderențial postoperator sau chiar un ușor grad de stenoză anastomotică.

Tabel 5

Corelația dintre variabilele-efect dependente de stomia pacienților cu cancer de colon nemetastatic și valorile scalelor cu abateri semnificative la 3 luni postoperator față de nivelurile de referință EORTC

(N=43; 2008-2010; Clinicile I-II Chirurgie Sp. „Sf. Spiridon” Iași, coeficient de corelație Spearman)

SCALA EORTC	Tip stomie (ileo-/colostomie)	Indicația stomiei (de principiu/de necesitate)
QL	$\theta = -0.456$ $p=0.002$	NS
PF	NS	NS
RF	$\theta = -0.431$ $p=0.004$	NS
EF	$\theta = -0.417$ $p=0.005$	$\theta = -0.420$ $p=0.005$
SF	$\theta = -0.515$ $p=0.0001$	$\theta = -0.406$ $p=0.007$

θ – coeficient de corelație Spearman

Tabel 6

Comparația dintre calitatea vieții măsurate la trei luni de la stomie și cea măsurată la trei luni de la repunerea în circuit

(N=12; 2008-2010; Clinicile I-II Chirurgie Sp. Universitar „Sf. Spiridon” Iași, test *t*)

Scala	Abreviere EORTC	Scor la 3 luni după practicarea stomiei (medie)	Scor la 3 luni după desființarea stomiei (medie)	Scor purtători stomie vs. scor repuși în circuit (<i>p</i>)
Statusul global	QL	60.4±8.8	74.9±7.1	0.004
Statusul funcțional				
Fizic	PF	76.6±7.8	81.1±7.9	0.001
Ocupațional	RF	52.7±11.9	83.3±7.1	0.0001
Emoțional	EF	48.6±16.6	90.9±4.3	0.00001
Cognitiv	CF	93.0±8.6	91.2±7.9	NS
Social	SF	31.9±11.1	76.3±8.6	0.0001
Simptome				
Astenie	FA	26.8±13.7	11.1±13.4	0.003
Grețură, vărsături	NV	6.9±8.5	7.3±6.7	NS
Durere	PA	18.0±18.0	20.1±9.3	NS
Dispnee	DY	13.9±17.1	19.4±17.1	NS
Insomnie	SL	5.5±12.9	6.8±8.4	NS
Inapetență	AP	5.5±12.9	5.5±12.9	NS
Constipație	CO	5.5±12.9	24.9±20.7	0.027
Diaree	DI	2.8±9.6	5.5±12.9	NS
Dificultăți financiare	FI	36.0±9.6	22.2±16.4	0.017

DISCUȚII

Calitatea vieții este un subiect important și intens analizat în studiile clinice dar în același timp există o experiență redusă în interpretarea rezultatelor. Studiile de calitate a vieții sunt în general realizate în scop de cercetare și nu de rutină în clinică.

Cele mai multe lucrări din literatură arată preocuparea medicilor pentru calitatea vieții pacienților la distanță [5-7] fiind un număr redus al acestora pentru urmărirea imediată postoperator. Aceste din urmă sunt importante prin date furnizate referitoare la factorii care inițiază procesele psihologice și psihofarmacologice cu răsunet general asupra vieții pacienților [8,9]. Studiile arată că intervențiile psihologice și farmacologice pot îmbunătăți calitatea vieții prin scăderea morbidității și a unor probleme cum ar fi depresia și anxietatea care pot fi tratate cu succes [9,10].

Și în studiul nostru, postoperator nivelul statusului global a crescut semnificativ, iar amplitudinea simptomelor a diminuat semnificativ. Kopp et al. într-un studiu realizat pe 146 pacienți arată o revenire aproape la normal a statusului global cu o recuperare optimală a pacienților la șase luni postoperator, dar cu menținerea unui deficit în scorurile funcțional [11]. De asemenea există cercetări care arată că aceste modificări la nivelul statusului funcțional și psihologic pot persista până la cinci ani postoperator [12].

Scorurile obținute prin chestionarea pacientului în perioada preoperatorie sau imediat postoperatorie pot fi influențate de stresul determinat de investigațiile efectuate, spitalizare, gravitatea bolii astfel rezultatele neoferind o imagine reală asupra nivelului calității vieții. Nu există un „gold standard” în măsurarea calității vieții, pentru studiul acesteia fiind disponibile mai multe chestionare, dar datele existente arată că EORTC QLQ-Q30 este printre cele mai potrivite instrumente de măsură, întrucât conține întrebări specifice pentru pacientul cu neoplasm precum și modulul de întrebări specifice simptomelor colorectale [9,12-14].

Comparativ cu alte studii, vârstnicii din lotul nostru prezintă un status emoțional semnificativ mai ridicat față de ceilalți pacienți. Se pare că acest fenomen este determinat de așteptările ridicate ale tinerilor, ei simțind că au mai mult de pierdut comparativ cu cei mai în vârstă, precum și din cauza impactului determinat de afecțiune și actul medical în viața acestora [15]. Pe de altă parte bătrânii au așteptări conforme cu bogata lor experiență de viață [16]. Un concept interesant în înțelegerea calității vieții este faptul că simptome identice pot avea impact variabil la oameni diferiți, persoanele pot avea așteptări diferite și să nu cuantifice identic calitatea vieții la cel puțin două interogări succesive derulate chiar în condiții similare [17].

De asemenea, jumătate dintre studii sunt prospective și se reduc la analiza efectelor unui tratament individual (chirurgical, oncologic, etc.) [13,14,16,18,19]. În studiul nostru, aplicarea chestionarului la trei luni postoperator, interval care include și tratamentul oncologic, am analizat practic calitatea vieții pacienților în cursul unui tratament multimodal.

Pacienții cu stadiu avansat de boală dezvoltă postoperator un număr mai mare de complicații și implicit calitatea vieții acestora este mai scăzută comparativ cu a altor pacienți. De asemenea s-a observat un nivel crescut de citokine (IL-6, IL-2 și TNF) [20] care ar fi implicate în apariția depresiei la acești pacienți, astfel ei prezentând o scădere a statusului global, social și ocupațional.

La pacienții cu stomă, scorurile de calitate a vieții arată o scădere dramatică a acesteia în perioada imediat postoperatorie cu o revenire treptată a acesteia spre normal pe măsură ce pacientul se familiarizează cu boala [14,21-23]. Prezența stomiei la bătrâni

reprezintă o mare preocupare, statusul funcțional al acestora fiind afectat, adesea ei necesitând asistență în îngrijire [24]. În ceea ce privește relația dintre simptomele intestinale și calitatea vieții relația nu este pe deplin clară. Unele studii arată că pacienții care au prezentat diaree prezintă un scor semnificativ mai scăzut [25].

Studiile de calitate a vieții sunt utile, deoarece furnizează informații importante și stimulează cercetătorii în a avea permanent curiozitatea și dorința de a îmbunătăți metodele terapeutice pentru pacienții cu neoplazii colice, scăzând morbiditatea și îmbunătățind prognosticul [26].

În trecut, în fața unui bolnav considerat incurabil, având în vedere eșecul de la început al tratamentului și doar caracterul paleativ al acestuia, chirurgul din dorința de a nu produce rău pacientului se abținea de la orice gest chirurgical în lipsa unei complicații, care să fie amenințătoare pentru viață. Studiile de calitate a vieții au arătat că în perioada imediat postoperatorie a acestor pacienți există o scădere semnificativă a frecvenței și intensității simptomelor astfel încât în final aceste intervenții se dovedesc a fi apreciate [27]. Capacitatea de a decide care pacient poate beneficia de tratament paleativ poate aduce în viitor o îmbunătățire a rezultatelor. Pentru a măsura integral avantajele intervențiilor paleative s-a creat Palliative Surgery Outcome Score (PSOS) care realizează un raport între numărul de zile în care pacientul nu este spitalizat și numărul zilelor de spitalizare [28], dar pentru a identifica cu acuratețe beneficiul acestor intervenții sunt necesare studii prospective.

CONCLUZII

Nivelul de viață preoperator al pacientului este cel mai important indicator în calitatea vieții postoperatorie a pacienților cu neoplasm colic. În perioada postoperatorie, calitatea vieții pacienților cu ileo/colostomie, crește semnificativ, dar este în același timp mai redusă față de cea a pacienților nestomizați. Pacienții stomizați necesită cel puțin asistență psihologică în primele luni postoperator. Calitatea vieții crește semnificativ după repunerea în circuit, îmbunătățind evident statusul emoțional și social. Nerezecabilitatea tumorii are un impact negativ major asupra calității vieții, chiar dacă stomia reduce semnificativ simptomele și riscul vital imediat. Formularul EORTC QLQ-C30 versiunea 3.0 este un instrument util, ușor de folosit și de interpretat.

BIBLIOGRAFIE

1. Kobayashi H, Mochizuki H, Morita T, Kotake K, Teramoto T, Kameoka S, Saito Y, Takahashi K, Hase K, Oya M, Maeda K, Hirai T, Kameyama M, Shirouzu K, Sugihara K. Characteristics of recurrence after curative resection for T1 colorectal cancer: Japanese multicenter study. *J Gastroenterol* 2011; 46(2): 203-211.
2. Ansaloni L, Andersson RE, Bazzoli F, Catena F, Cennamo V, Di Saverio S, Fuccio L, Jeekel H, Leppäniemi A, Moore E, Pinna AD, Pisano M, Repici A, Sugarbaker PH, Tuech J-J. Guidelines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society. *World J Emerg Surg* 2010; 5: 29.
3. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Fletchner H, Fleishman SB, de Haes JCJM, Kaasa S, Klee MC, Osoba D, Razavi D, Rofe PB, Schraub S, Sneeuw KCA, Sullivan M, Takeda F: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85: 365-376.
4. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley S, on behalf of the EORTC Quality of life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001.
5. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Holz D. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Ann Surg* 2003; 238(2): 203–213.

6. Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Prospective analysis of quality of life and survival following mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg* 2001; 88(12): 1617–1622.
7. Anthony T, Jones C, Antoine J, Sivess-Franks S, Turnage R. The effect of treatment for colorectal cancer on long-term health-related quality of life. *Ann Surg Oncol* 2001; 8(1): 44–49.
8. Wolinsky FD, Unverzagt FW, Smith DM, Jones R, Stoddard A, Tennstedt SL. The ACTIVE Cognitive Training Trial and Health-Related Quality of Life: Protection That Lasts for 5 Years. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61(12): 1324–1329.
9. Antoni MH, Wimberly SR, Lechner SC, Kazi A, Sifre T, Urcuyo KR, Phillips K, Smith RG, Petronis VM, Guellati S, Wells KA, Blomberg B, Carver CS. Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am J Psychiatry* 2006; 163(10): 1791–1797.
10. Walker LG, Walker MB, Ogston K, Heys SD, Ah-See AK, Miller ID, Hutcheon AW, Sarkar TK, Eremin O. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *Br J Cancer* 1999; 80(1-2): 262–268.
11. Kopp I, Bauhofer A, Koller M. Understanding quality of life in patients with colorectal cancer: comparison of data from a randomised controlled trial, a population based cohort study and the norm reference population. *Inflamm Res* 2004; 53(suppl 2): S130–S135.
12. Graf W, Ekström K, Glimelius B, Pahlman L. A pilot study of factors influencing bowel function after colorectal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(7): 744–749.
13. Wolinsky FD, Unverzagt FW, Smith DM, Jones R, Stoddard A, Tennstedt SL. The ACTIVE cognitive training trial and health-related quality of life: protection that lasts for 5 years. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61(12): 1324–1329.
14. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2003; 12(3): 215–223.
15. Ramsey SD, Berry K, Moinpour C. Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(5): 1228–1234.
16. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *Br Med J* 2001; 322(7296): 1240–1243.
17. Carr AJ, Higginson IJ. Measuring quality of life: are quality of life measures patient centered?. *Br Med J* 2001; 322(7298): 1357–1360.
18. Scieszka M, Zielinski M, Machalski M, Herman ZS. Quality of life in cancer patients treated by chemotherapy. *Neoplasma* 2000; 47(6): 396–399.
19. Anthony T, Long J, Hynan LS. Surgical complications exert a lasting effect on disease-specific health-related quality of life for patients with colorectal cancer. *Surgery* 2003; 134(2): 119–125.
20. Allen-Mersh TG, Glover C, Fordy C, Henderson DC, Davies M. Relation between depression and circulating immune products in patients with advanced colorectal cancer. *J R Soc Med* 1998; 91(8): 408–413.
21. O’Leary DP, Fide CJ, Foy C, Lucarotti ME. Quality of life after low anterior resection with total mesorectal excision and temporary loop ileostomy for rectal carcinoma. *Br J Surg* 2001; 88(9): 1216–1220.
22. Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, Schlag PM. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg* 2001; 233(2): 149–156.
23. Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Objective assessment of morbidity and quality of life after surgery for low rectal cancer. *Colorectal Dis* 2002; 4(1): 61–66.
24. Udekwu P, Gurkin B, Oller D, Lapio L, Bourbina J. Quality of life and functional level in elderly patients surviving surgical intensive care. *J Am Coll Surg* 2001; 193(3): 245–249.
25. Wilson TR, B.Sc., Alexander DJ, Kind P. Measurement of health-related quality of life in the early follow-up of colon and rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(11): 1692–1702.
26. Mastracci TM, Hendren S, O’Connor B, McLeod RS. The impact of surgery for colorectal cancer on quality of life and functional status in the elderly. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(12): 1878–1884.
27. Podnos YD, Juarez G, RN, Pameijer C, Choi K, Ferrell BR, Wagman LD. Impact of surgical palliation on quality of life in patients with advanced malignancy: results of the decisions and outcomes in palliative surgery (DOPS) trial. *Ann Surg Oncol* 2007; 14(2): 922–928.
28. Ferrell BR, Chu DZ, Wagman L, Juarez G, Borneman T, Cullinane C, McCahill LE. Online exclusive: patient and surgeon decision making regarding surgery for advanced cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30(6): E106–114.