

Paweł Strępek, Jacek Składzień, Jerzy Tomik, Krzysztof Oleś, Maciej Modrzejewski, Joanna Blaschke, Karolina Hydzik-Sobocińska, Marian Kurzyński, Piotr Muszyński, Magdalena Dutsch-Wicherek

Katedra i Klinika Otolaryngologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Wpływ podeszłego wieku na subiektywnie oceniane zaburzenia połykania u chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi

The influence of old age on the self-assessment of dysphagia effect on the quality of life in patients treated with head and neck surgery

Abstract

Background. The swallowing difficulties due to anatomical or functional changes in oral cavity, oropharynx, hypopharynx and larynx are often reported in patients with cancer. Individuals with head and neck tumor have very often troublesome symptoms due to the disease itself and to treatment side effects. The primary aim of the treatment is to achieve not only the best oncological effect but also the best possible quality of life. To achieve the latter aim the patients subjective feelings have to be monitored constantly. A valid and reliable self-assessment questionnaire was used to evaluate the swallowing disturbances.

Material and methods. Two hundred and forty patients with planoepithelial carcinoma were included in this study. Sex: 190 male and 50 female. Forty eight of them were older than 65 years old. The localization of the tumor was: oral cavity, oropharynx, hypopharynx and larynx.

Results. The localization of a tumor had a significant influence on the subjective assessment of dysphagia. Tumors located in oral cavity and oropharynx caused greater problems with swallowing in comparison to tumors of the larynx and hypopharynx. The longer the interval between completion of treatment and assessment by the MDADI, the higher the global score, thus reflecting a higher quality of life and functional status as related to swallowing. Stage of head and neck cancer certainly affect dysphagia-related quality of life. There was no statistical significance in swallowing disorder related to age.

Conclusions. The MDADI is the validated and reliable self-administered questionnaire designed specifically for evaluating the impact of dysphagia on the quality of life of patients with head and neck cancer. Standardized questionnaires that measure patient's quality of life offer a means for demonstrating treatment impact and improving medical care. The development and validation of the MDADI and use in prospective clinical trials allow for better understanding of the impact of treatment of head and neck cancer on swallowing difficulty on patient's quality of life.

key words: quality of life, older people, surgery, deglutition disorders, aspiration

Adres do korespondencji:
dr hab. med. Paweł Strępek
Katedra i Klinika Otolaryngologii CM UJ
ul. Śniadeckich 2, 31–501 Kraków
tel.: (012) 424 79 00, (012) 424 79 17, faks: (012) 421 00 38

Wstęp

Określenie „dysfagia ustno-gardłowa” oznacza zaburzenia połykania spowodowane zmianami anatomicznymi lub czynnościowymi w obrębie jamy ustnej, części ustnej i krtoniowej gardła, krtoni oraz górnego zwieracza przełyku.

Większość zabiegów chirurgicznych wykonywanych u chorych z nowotworami głowy i szyi, naruszając prawidłowe stosunki anatomiczne oraz fizjologię struktur uczestniczących w przebiegu aktu połykania, w oczywisty sposób powoduje dysfagię, a często także aspirację treści pokarmowej do dróg oddechowych. Także zabiegi rekonstrukcyjne odtwarzające mniej lub bardziej skutecznie części narządów usunięte w fazie ablacyjnej operacji onkologicznej nie zapewniają powrotu fizjologicznej czynności przewodu pokarmowego.

Celem leczenia jest zapewnienie nie tylko optymalnej skuteczności onkologicznej, ale także możliwie najlepszej jakości życia pacjentów, dlatego też określenie charakteru i przyczyn dolegliwości oraz próba ich eliminacji są ważnym wyzwaniem dla wszystkich zajmujących się leczeniem chorych onkologicznych. Zaburzenia połykania będące wynikiem operacji onkologicznych przeprowadzanych w obrębie dna jamy ustnej i części ustnej gardła w dużym stopniu zależą od lokalizacji guza oraz sposobu przeprowadzenia części rekonstrukcyjnej zabiegu. Powszechnie uważa się, że resekcja od 1/2 do 1/3 części ruchomej języka nie wpływa znacząco na przebieg procesu połykania [1, 2]. Użycie zachowanej części języka w celu zamknięcia nim ubytku w jamie ustnej powoduje dodatkowe ograniczenie jego ruchomości, a w związku z tym — funkcji tego narządu. Wykorzystanie płatów mięśniowo-skórnych do zamknięcia defektów ścian jamy ustnej zapewnia zachowanie ruchomości języka oraz czynności żwaczy. Ograniczenie ruchomości języka zmniejsza szansę chorego na powrót do normalnej diety oraz skazuje go na spożywanie pokarmów płynnych i zmiksowanych [2]. Z powodu niemożności wytworzenia przez język wzrostu ciśnienia w jamie ustnej, odpowiedzialnego za transport pokarmu w ustnej fazie aktu połykania, chorzy zmuszeni są odchyłać głowę do tyłu w celu przemieszczania pokarmu do gardła. Rekonstrukcja ubytków anatomicznych nie rozwiązuje niestety wszystkich problemów czynnościowych. Tkanki płatów użytych do rekonstrukcji są pozbawione możliwości rejestracji czucia, tak istotnego podczas przebiegu aktu połykania, a także nie biorą udziału w dynamicznym przebiegu tej czynności. Mimo że zamykają one ubytki powstałe podczas ablacyjnej części zabiegu operacyjnego, to jednak tworzą martwą przestrzeń w jamie ustnej. Pauloski i wsp. [3] wykazali w swoich badaniach, że u chorych po częściowych glosektomiach z resekcją dna jamy ustnej, połączonych z rekonstrukcją płatami przedniego odcinka jamy ustnej, wydłuża się czas przemieszczania pokarmu stałego w jamie ustnej i zmniejszają się możliwości oczyszczenia jamy ustnej z resztek pokarmu. U chorych tych

po każdorazowym połknięciu w jamie ustnej pozostaje około połowa kęsa pokarmu. Zaburzenia połykania występują u 10–62% chorych po całkowitym usunięciu krtani, przy czym czynnikiem bardzo niekorzystnym jest lokalizacja raka w zachyłku gruszkowatym [4, 5]. Według Ackerstaff i wsp. [6] ponad 50% chorych zgłasza trudności w przyjmowaniu posiłków stałych, co zmusza ich do zmiany diety. W swoich badaniach Mendelsohn [7] wykazała aż u 72% chorych po leczeniu tego typu wydłużenie czasu transportu pokarmu w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Dysfagia u tych pacjentów jest konsekwencją resekcji części gardła oraz nasady języka, towarzyszącej zazwyczaj laryngektomii. Usunięcie krtani wiąże się z resekcją przedniej ściany części krtaniowej gardła, a następujące po tym etapie zamknięcie gardła prowadzi do zwężenia jego światła i zwiększenia oporów dla przemieszczającego się kęsa pokarmu. Kolejną niekorzystną zmianą, jaka zachodzi w przebiegu połykania u tych chorych, jest brak ujemnego ciśnienia w części krtaniowej gardła, które w warunkach fizjologicznych było wywoływane w górnym zwieraczu przełyku w wyniku unoszenia krtani [5, 8]. Dodatkowo część krtaniowa gardła oraz odcinek szyjny przełyku mogą być zniekształcone w wyniku tracheostomii i obecności rurki tracheotomijnej tkwiącej w tchawicy. McConnel i wsp. [8] wykazali, że nasilenie dysfagii związanej ze wzrostem oporów w obrębie części krtaniowej gardła ściśle skoreluje z zakresem resekcji nasady języka. Mimo że siła przesuująca pokarm, wytwarzana przez język jest u osób z laryngektomią większa niż w warunkach fizjologicznych, to jednak czas transportu pokarmu przez gardło jest wydłużony [9]. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym połykanie jest tworzenie się w miejscu połączenia części krtaniowej gardła z nasadą języka *pseudoepiglottis* — fałdu błony śluzowej skierowanego do światła gardła [4, 8]. U znaczącej liczby chorych po laryngektomii całkowitej powstaje uchyłek w przedniej ścianie gardła. Problem ten dotyczy 35–47% tej grupy pacjentów [5, 10–12]. Powikłanie to, które opisali Kirchner i Scatliff [11], może powodować wydłużenie czasu jedzenia, gromadzenie i zwracanie pokarmu, uczucie obecności ciała obcego, ostatecznie doprowadzając do trudności w przyjmowaniu pokarmu. Rzadszymi przyczynami dysfagii u osób po laryngektomii są przetoki gardłowo-skrone (10%) oraz nadmierna napięcie toniczne mięśnia pierścienno-gardłowego [12, 13]. Mimo że tracheotomię uważa się za metodę zapobiegania przewlekłej aspiracji, to jednak istnieje wiele doniesień ukazujących dysfagię i aspirację jako następstwa tej operacji [14–16].

Jest to spowodowane zmniejszeniem zakresu unoszenia krtani podczas połykania, co wynika z unieruchomienia tchawicy poprzez rurkę tracheotomijną tkwiącą w otworze skórny, zalegania wydzieliny w górnych drogach oddechowych oraz ucisku mankietu uszczelniającego rurki tracheotomijnej na szyjny odcinek przełyku. Długotrwałe stosowanie rurki tracheotomijnej powoduje zaburzenia odruchu ochronnego kaszlu oraz utratę koordynacji mechanizmów zamknięcia światła krtani.

W krajach Europy Zachodniej oraz Ameryki Północnej osoby w podeszłym wieku stanowią szybko rosnącą populację [17, 18], dla której problem walki z chorobą nowotworową ma ogromne znaczenie ze względu na wzrastającą częstość występowania tego schorzenia w tej grupie wiekowej. Tendencja ta dotyczy przede wszystkim nowotworów dróg oddechowych, w tym także krtani [19].

Częstość występowania rozpoznanych zaburzeń połykania jest znacznie większa u chorych w starszym wieku niż u młodych [20]. U pacjentów w podeszłym wieku dysfagia może być spowodowana (niezależnie od przyczyn wynikających z przebiegu choroby podstawowej) upośledzeniem sprawnego przebiegu aktu połykania w następstwie naturalnego procesu starzenia się organizmu. Szczególnie istotny wpływ na możliwość wystąpienia zaburzeń połykania mają prawdopodobnie zmniejszenie wrażliwości receptorów czuciowych zlokalizowanych w jamie ustnej i gardle, zmniejszenie sprawności mięśni biorących udział w połykaniu lub też ograniczenie elastyczności tkanki łącznej szyi. Jednak wyniki badań zmian aktywności mięśni wynikających z procesu starzenia oceniających występowanie atrofii ze zużycia umożliwiły hipotezę, że zaburzenia funkcji mięśni gardła uczestniczących w procesie połykania mogą być jedynie w niewielkim stopniu spowodowane wyłącznie procesem starzenia [21]. Tak więc, to raczej ogólnoustrojowe zaburzenia układowe wynikające z przebiegu różnorodnych chorób będących zazwyczaj przypadłością podeszłego wieku, a nie normalny proces starzenia się mają większe znaczenie w wyjaśnieniu przyczyn ograniczeń sprawnego funkcjonowania tych grup mięśni u osób w podeszłym wieku.

U osób starszych niezgłaszających trudności w połykaniu w badaniach wideorentgenokinetograficznych wykazano spowolnienie transportu kęsa w obrębie gardła [22]. U osób tych kość gnykowa unosi się wolniej, rozpoczęcie tego ruchu opóźnia się, co powoduje wolniejsze przemieszczanie kęsa. Także czas jej utrzymania w maksymalnie uniesionym po-

łożeniu trwa krócej niż u osób młodszych, natomiast zakres tego ruchu jest znacząco większy [23], co jest mechanizmem kompensującym wolniejszy ruch kości gnykowej i krótszy czas jej uniesienia [24]. W badaniach manometrycznych u osób w starszym wieku wykazano znacząco niższe spoczynkowe napięcie górnego zwieracza przełyku, natomiast wyższe ciśnienie w jego świetle podczas maksymalnego skurczu w porównaniu z osobami młodymi. Dlatego też płynne przemieszczanie pokarmu z gardła do przełyku jest u tych pacjentów zaburzone, a system zabezpieczający aspirację jest upośledzony z powodu zaburzeń gradientu ciśnień niezbędnych do sprawnego przebiegu aktu połykania oraz opisanych wcześniej odmienności ruchu krtani wynikających z procesu starzenia się organizmu [25]. W podeszłym wieku stwierdza się zmiany w przebiegu nie tylko fazy gardłowej aktu połykania. Także podczas fazy ustnej obserwuje się dodatkowe ruchy kości gnykowej oraz zmniejszenie całkowitej liczby połknięć w jednostce czasu. Jest to również wynik zmniejszenia wrażliwości czucia w jamie ustnej i zaburzeń motoryki jamy ustnej u zdrowych osób w podeszłym wieku [26]. Celem niniejszego opracowania była obserwacja wpływu — między innymi wieku kalendarzowego — na samoocenę dyskomfortu związanego z zaburzeniami połykania u chorych po chirurgicznym leczeniu nowotworów głowy i szyi.

Materiał i metody

Badaniami objęto 240 chorych leczonych w latach 1998–2004 w Klinice Otolaryngologii CMUJ z powodu choroby nowotworowej. Badania wykonano w okresie 3–36 miesięcy po zakończeniu leczenia. U wszystkich osób w badaniu histopatologicznym wykazano obecność raka płaskonabłonkowego. W badanej grupie było 190 mężczyzn i 50 kobiet. Wiek badanych wahał się w przedziale 35–75 lat, przy czym 48 osób było w wieku powyżej 65 lat. Wszyscy byli leczeni chirurgicznie. Pierwotną lokalizację nowotworu, oraz stopień zaawansowania choroby nowotworowej przedstawiono w tabeli 1.

W badaniach wykorzystano polskie tłumaczenie składającej się z 20 pytań ankiety *M.D. Anderson Dysphagia Inventory* (MDADI) [27]:

1. Kłopoty z połykaniem ograniczają moją codzienną aktywność.
2. Krępują mnie moje nawyki żywieniowe.
3. Bliscy mają problem z przyrządzaniem dla mnie posiłków.
4. Połykanie jest trudniejsze pod koniec dnia.
5. Niecałkowicie kontroluję połykanie.

Tabela 1. Lokalizacja guza i zaawansowanie choroby nowotworowej
Table 1. Tumor localization and its malignancy grade

	Wiek (lata)	40–65 (n = 192)	66–78 (n = 48)
Lokalizacja guza	Jama ustna	25	10
	Część ustna gardła	45	12
	Część krtańowa gardła	50	12
	Krtań	72	14
Zaawansowanie choroby nowotworowej	Stopień I i II	70	16
	Stopień III	62	20
	Stopień IV	60	12

6. Martwię się moimi zaburzeniami połykania.
7. Połykanie kosztuje mnie wiele wysiłku.
8. Często nie wychodzę z domu z powodu zaburzeń połykania.
9. Problemy z połykaniem spowodowały utratę moich dochodów.
10. Z powodu zaburzeń połykania moje posiłki trwają dłużej.
11. Ludzie pytają mnie, „Dlaczego nie możesz tego jeść?”
12. Innych ludzi drażnią moje problemy z jedzeniem.
13. Kaszlę, gdy usiłuję pić płyny.
14. Problemy z połykaniem ograniczają moje kontakty osobiste i towarzyskie.
15. Nie czuję się swobodnie, nie mogąc wyjść ze znajomymi i bliskimi do restauracji.
16. Ograniczam ilość spożywanych posiłków z powodu problemów z połykaniem.
17. Nie mogę utrzymać masy ciała na stałym poziomie z powodu problemów z połykaniem.
18. Odczuwam niską samoocenę z powodu zaburzeń połykania.
19. Podczas połykania mam uczucie, jakbym połykał ogromny kęs pokarmu.
20. Czuję się poza nawiasem, wykluczony z powodu moich nawyków żywieniowych.

Wypełniając ankietę chorzy, wybierali 1 z 5 odpowiedzi jako najbardziej właściwą na dane pytanie (twierdzenie). Odpowiedzi te były punktowane następująco: zdecydowanie tak — 1, tak — 2, nie mam zdania — 3, nie — 4, zdecydowanie nie — 5.

Pytania podzielono na 4 grupy:

- dotyczące ogólnej oceny problemu zaburzeń połykania — pytanie: 1;
- uwzględniające czynniki emocjonalne towarzyszące przyjmowaniu pokarmów — pytania: 2, 5, 6, 8, 12, 18;
- uwzględniające czynniki funkcjonalne, oceniające wpływ zaburzeń połykania na codzienną ak-

tywność — pytania: 3, 9, 14, 15, 20;

- uwzględniające czynniki anatomiczne związane z oceną percepcji zjawisk towarzyszących jedzeniu — pytania: 4, 7, 10, 11, 13, 16, 17, 19.

Następnie w wymienionych grupach sumowano odpowiedzi punktowe i tak uzyskany wynik mnożono przez 20 (ogólną liczbę pytań), a następnie dzielono przez liczbę pytań w danej grupie. Wyniki podano w skali liczbowej od 0 (w wypadku oceny całkowicie nieakceptowanej przez chorego), do 100 (gdy badany oceniał swoją jakość życia jako bardzo dobrą). Uzyskane wartości liczbowe po analizie statystycznej przedstawiono w tabelach 2, 3 oraz 4.

Wyniki

Chorobie nowotworowej zazwyczaj towarzyszy utrata masy ciała. Jest to szczególnie częste u chorych z nowotworami głowy i szyi [28, 29]. Niedożywienie w istotny sposób wpływa na sprawność mięśni szkieletowych i zmniejszenie rezerw energetycznych u tych pacjentów. Ma to istotny wpływ na proces gojenia się ran oraz wpływa na obniżenie poziomu odporności, prowadząc do wzrostu podatności na czynniki infekcyjne [30]. Niedożywieniu często towarzyszy depresja psychiczna, której występowanie, spowodowane charakterem choroby, jest u pacjentów z nowotworami głowy i szyi bardzo prawdopodobne. Niedożywienie będące efektem choroby, leczenia i psychologicznych konsekwencji stanu zdrowia ma istotny wpływ także na wyniki onkologiczne [31]. W badaniach, które przeprowadzili Hammerlid i wsp. [29], wykazano, że tylko 35% chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi, u których stwierdzono cechy niedożywienia, przeżyło 2 lata, podczas gdy w grupie osób dobrze odżywionych ten sam okres przeżyło 64%. Podobne zależności stwierdzono wśród pacjentów leczonych z powodu raka płuc [32].

Tabela 2. Subiektywna ocena zaburzeń połykania uzależniona od lokalizacji guza
Table 2. Subjective assessment of swallowing disturbances depending on tumor localization

	Lokalizacja guza			
	Jama ustna i część ustna gardła		Część krtańowa gardła i krtań	
Wiek (lata)	40–65	66–78	40–65	66–78
Ocena ogólna (punkty)	45,0	44,1	75,8	73,9
Czynniki emocjonalne (punkty)	54,0	52,8	78,8	77,5
Czynniki funkcjonalne (punkty)	57,3	56,7	75,0	73,9
Czynniki anatomiczne (punkty)	50,9	49,8	70,9	69,0

Tabela 3. Subiektywna ocena zaburzeń połykania uzależniona od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej
Table 3. Subjective assessment of swallowing disturbances depending on tumor stage

	Stopień zaawansowania choroby nowotworowej			
	I + II		III + IV	
Wiek (lata)	40–65	66–78	40–65	66–78
Ocena ogólna (punkty)	68,7	67,9	40,1	39,8
Czynniki emocjonalne (punkty)	75,0	74,1	44,9	42,7
Czynniki funkcjonalne (punkty)	79,1	77,3	48,9	47,5
Czynniki anatomiczne (punkty)	77,0	75,9	47,9	46,2

Tabela 4. Subiektywna ocena zaburzeń połykania uzależniona od upływu czasu od zakończenia leczenia
Table 4. Subjective assessment of swallowing disturbances depending on time from treatment ending

	Czas (miesiące)					
	3–12		12–24		24–36	
Wiek (lata)	40–65	66–78	40–65	66–78	40–65	66–78
Ocena ogólna (punkty)	35,4	34,0	52,4	50,9	79,4	77,9
Czynniki emocjonalne (punkty)	44,3	43,0	57,8	57,0	76,5	75,9
Czynniki funkcjonalne (punkty)	50,8	49,0	61,3	60,1	78,8	77,1
Czynniki anatomiczne (punkty)	38,9	37,2	48,8	47,0	77,8	76,0

Zagadnienie wpływu choroby nowotworowej na szeroko rozumianą jakość życia było przedmiotem wielu badań. Do tego celu wykorzystywano wiele kwestionariuszy specyficznych dla chorych nowotworowych, takich jak [33–37]:

- *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire* (EORTC QLQ-C30);
- *Functional Living Index-Cancer* (FLIC);
- *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES);
- *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT);
- *Rotterdam Symptom Check-list*.

Badania te nie koncentrowały się jednak na dysfagii jako jednym z ważniejszych czynników wpływających

na jakość życia chorych cierpiących z powodu nowotworów zlokalizowanych w obszarze szyi i głowy.

Jako jedni z pierwszych badania nad wpływem dysfagii ustno-gardłowej na jakość życia i opieki nad chorymi prowadzili McHorney i Rosenbeck [38]. Dotyczyły one jednak chorych z zaburzeniami połykania o podłożu neurologicznym.

Badania Lista i wsp. [39] skupiły się na wpływie dysfagii na jakość życia u chorych z nowotworami zlokalizowanymi w obrębie głowy i szyi. Wydaje się jednak, że wartość zastosowanej przez nich ankiety (PSS, *Performance Status Scale*) umniejsza fakt, że nie jest ona ankietą samodzielnie wypełnianą przez chorych, oraz to, że brak w niej szczegółowych pytań ocenia-

jących psychosocjalny i emocjonalny wpływ dysfagii na jakość życia chorych.

W związku z tym dopiero zawierająca 20 pytań ankieta MDADI [27] prawdopodobnie jako pierwsza spełnia zapotrzebowanie wynikające z konieczności ciągłego monitorowania chorych podczas leczenia i rehabilitacji. Wyniki badań autorów niniejszej pracy wskazują, że u chorych, u których nowotwór pierwotnie był zlokalizowany w jamie ustnej i części ustnej gardła, występowały znacznie większe zaburzenia połykania wpływające niekorzystnie na ich jakość życia niż u tych, u których lokalizacja nowotworu dotyczyła krtani i części krtaniowej gardła. Obserwacje te są zgodne z obserwacjami Chena i wsp. [27]. Także wpływ czasu upływającego od zakończenia leczenia, stopniowo zmniejszający intensywność zaburzeń połykania i poprawiający jakość życia, obserwowaną przez autorów, jest zgodny z doniesieniem Chena i wsp. [27]. Wpływ stopnia zaawansowania choroby nowotworowej na subiektywnie postrzegane przez pacjenta dolegliwości związane z przyjmowaniem pokarmów można logicznie wytłumaczyć.

Problem konsekwencji aspiracji do dróg oddechowych jest szczególnie istotny u osób w podeszłym wieku, u których mechanizmy zabezpieczenia przed tymi zaburzeniami są mniej sprawne już przed operacją, a w sposób oczywisty stają się niewydolne w okresie pooperacyjnym. Ocena wyników czynnościowych, częstości powikłań, a zwłaszcza aspiracji ma kluczowe znaczenie przy podjęciu decyzji o kwalifikacji chorych w podeszłym wieku do tych typów operacji, które ze względu na swój zakres są obciążone dużym ryzykiem wystąpienia dysfagii pooperacyjnej. Takie niebezpieczeństwo wiąże się z operacjami częściowego usunięcia krtani. Występowanie aspiracji u 21,7% operowanych w wieku powyżej 65 lat po usunięciu piętra nadgłośniowego krtani w porównaniu z 2-, a nawet 3-krotnie częstszym stwierdzeniem tego zaburzenia po operacji tego samego typu u młodszych chorych [40–43] powoduje pewne zdziwienie. Wytłumaczeniem może być różnego stopnia czułość metod służących do oceny tego powikłania. O ile ocena występowania aspiracji może budzić wątpliwości z uwagi na dużą różnorodność stosowanych metod, o tyle ocena skutków aspiracji, takich jak zachyłkowe zapalenie płuc czy też zgon chorego, wydaje się obiektywna i prawdo-

podobnie zapewnia możliwość porównania częstości tych powikłań w różnych grupach wiekowych. Alajamo i wsp. [44] stwierdzili zachyłkowe zapalenie płuc w wyniku aspiracji pokarmu po laryngotomii horyzontalnej nadgłośniowej u 16,4% operowanych w podeszłym wieku, a Laccourreye i wsp. [23] u 2,9%. Są to częstości porównywalne z występującymi w innych grupach wiekowych [45].

Wyniki wielu badań [44, 45] wskazują, że aspiracja u chorych w podeszłym wieku po operacjach usunięcia piętra nadgłośniowego ma najczęściej charakter przejściowy i jest przez nich dobrze tolerowana [44, 45]. Dlatego też ten typ operacji, oraz wynikające z niej niedogodności występujące w okresie pooperacyjnym są szczególnie dobrze akceptowane zwłaszcza przez chorych, którzy mają silną motywację, co znacznie ułatwia rehabilitację zarówno połykania, jak i mowy. Jedynym warunkiem jest ścisłe zachowanie kryteriów kwalifikacyjnych onkologicznych i czynnościowych, takich samych jak w innych grupach wiekowych, mimo że nie wszyscy chirurdzy akceptują ten pogląd, uważając, że resekcje piętra nadgłośniowego nie są typem operacji zalecanym u chorych w wieku powyżej 65 roku życia [44].

Wnioski

1. Samoocena zaburzeń połykania wydaje się skuteczną metodą subiektywnego monitorowania przebiegu rozwoju dysfagii.
2. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w ocenie zaburzeń połykania pomiędzy chorymi w wieku poniżej i powyżej 65 lat.
3. Występowanie dysfagii i stopień jej dokuczliwości nie mogą być decydującym czynnikiem wpływającym na wybór metody leczenia u chorych z nowotworami głowy i szyi.
4. Stosunkowo niewielka liczebność poszczególnych badanych grup chorych wyodrębnionych ze względu na lokalizację guza i stopień zaawansowania choroby nowotworowej utrudnia formułowanie daleko sięgających wniosków dotyczących wpływu tych czynników na subiektywnie oceniane zaburzenia przyjmowania pokarmów.

Streszczenie

Wstęp. Zaburzenia połykania spowodowane zmianami anatomicznymi lub czynnościowymi w obrębie jamy ustnej, części ustnej i krtaniowej gardła, krtani oraz górnego zwieracza przełyku są zjawiskiem często stwierdzanym u pacjentów onkologicznych. U chorych z nowotworami głowy i szyi występują zaburzenia połykania wy-

kające z lokalizacji guza i/lub z zastosowanych metod leczenia choroby nowotworowej. Wydłużanie czasu życia, wzrost częstości występowania choroby nowotworowej (szczególnie wśród osób w podeszłym wieku) i starania o maksymalnie długie utrzymanie aktywności życiowej powodują naturalne dążenie zarówno wśród chorych, jak i lekarzy do stosowania metod postępowania zapewniających skuteczność onkologiczną, a jednocześnie dających szansę zachowania przez chorego funkcji społeczno-socjalnych. Realizacja drugiego z wymienionych celów wymaga w każdym wieku monitorowania odczuć pacjentów, których znaczenie przewyższa prawdopodobnie znaczenie wyników badań obiektywnych dotyczących jakości życia leczonych. W pracy zastosowano kwestionariusz umożliwiający chorym samoocenę stopnia dolegliwości wynikających z zaburzeń połykania po leczeniu operacyjnym.

Materiał i metody. Badaniami objęto 240 chorych, 190 mężczyzn i 50 kobiet (wśród których 48 było w wieku powyżej 65 lat) po przebytych leczeniu chirurgicznym. U wszystkich w badaniu histopatologicznym wykazano raka płaskonabłonkowego. Pierwotną lokalizacją nowotworu była jama ustna, część ustna i krtań oraz krtaniowa gardła oraz krtań. Samooceny odczuć związanych z przyjmowaniem pokarmów dokonano za pomocą ankiety MDADI (M.D. Anderson Dysphagia Inventory), przetłumaczonej na język polski.

Wyniki. Zaobserwowano znaczący wpływ następujących czynników na skutki dysfagii subiektywnie oceniane przez chorych: lokalizacja guza, zaawansowanie choroby nowotworowej, upływ czasu od zakończenia leczenia operacyjnego. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie w ocenie zaburzeń połykania pomiędzy chorymi w wieku poniżej i powyżej 65 lat.

Wnioski. Samoocena zaburzeń połykania jest skuteczną metodą monitorowania przebiegu rozwoju dysfagii. Podeszły wiek pacjenta prawdopodobnie nie jest czynnikiem wpływającym na stopień zaburzeń połykania u chorych operowanych z powodu nowotworów głowy i szyi.

słowa kluczowe: jakość życia, osoby w podeszłym wieku, chirurgia, dysfagia, aspiracja

PIŚMIENICTWO

- Conley J.J.: *Swallowing dysfunctions associated with radical surgery of the head and neck*. *AMA Arch. Surg.* 1960; 80: 602–612.
- Hirano M., Kuroiwa Y., Tanakas S., Matsudca H., Sato K.: *Dysphagia following various degrees of surgical resection for oral cancer*. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1992; 101: 138–142.
- Pauloski B.R., Logemann J.A., Rodemaker A.W. i wsp.: *Speech and swallowing function after anterior tongue and floor of mouth resection with distal flap reconstruction*. *J. Speech Hear Res.* 1993; 36: 267–276.
- Nayar R.C., Sharma V.P., Arora M.M.L.: *Study of the pharynx after laryngectomy*. *J. Laryngol. Otol.* 1984; 98: 807–810.
- Sullivan P.A., Hartig K.: *Dysphagia after total laryngectomy*. *Curr. Op. Otolaryng. Head Neck Surg.* 2001; 9: 139–146.
- Ackerstaff A.H., Hilgers F.J., Aaronson N.K. i wsp.: *Communication, functional disorders and lifestyle changes after total laryngectomy*. *Clin. Otolaryngol.* 1994; 19: 295–300.
- Mendelsohn M.S.: *Dysphagia after treatment for laryngeal cancer*. W: Smee R., Bridger G.P. (red.). *Laryngeal cancer*. Amsterdam, Elsevier Science BV 1994; 705–708.
- McConnel F.M.S., Mendelsohn M.S., Logemann J.A.: *Examination of swallowing after total laryngectomy using manofluorography*. *Head Neck Surg.* 1986; 9: 3–12.
- McConnel F.M.S., Cerenko D., Mendelsohn M.S.: *Dysphagia after total laryngectomy*. *Otolaryngol. Clin. Am.* 1988; 21, 4: 721–726.
- Hartley C., Saeed S.R., Farrington W.T.: *Post-laryngectomy neopharyngeal diverticulae*. *J. Laryngol. Otol.* 1994; 108: 479–483.
- Kirchner J.A., Scatliff J.H.: *Disabilities resulting from healed salivary fistula*. *Arch. Otolaryngol.* 1962; 75: 60–68.
- Muller-Miny H., Eisele D.W., Jones B.: *Dynamic radiographic imaging following total laryngectomy*. *Head Neck* 1993; 15: 342–347.
- Kronenberger M.B., Myers A.D.: *Dysphagia following head and neck cancer surgery*. *Dysphagia* 1994; 9: 236–244.
- Bonanno P.C.: *Swallowing dysfunction after tracheotomy*. *Ann. Surg.* 1971; 174: 29–33.
- Bone D.K., Davis J.L., Zindema G.D., Cameron J.L.: *Aspiration pneumonia*. *Ann. Thorac. Surg.* 1974; 18: 30–37.
- Cameron J.L., Reynolds J., Zuidema G.D.: *Aspiration in patients with tracheostomies*. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1973; 136: 68–70.
- Bureau of the Census: current population reports*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office 1993; 1017: 25–31.
- Berthod-Wurmser M., Boitieux A., Henrard J.C.: *La Sante en Europe*. Paris, Documentation Françoise 1994: 47–49.
- Suen K.C., Leon L.L., Yermakov V.: *Cancer and old age: an autopsy study of 3535 patients over 65 years old*. *Cancer* 1974; 33: 1164–1168.
- Frederic M.G., Ott D.J., Grishaw E.K., Gelfand D.W., Chen M.Y.: *Functional abnormalities of the pharynx: a prospective analysis of radiographic abnormalities relative to age and symptoms*. *Am. J. Roentgenol.* 1996; 166: 353–357.
- Sonies B.C.: *Oropharyngeal dysphagia in the elderly*. *Clin. Geriatr. Med.* 1992; 8: 569–577.
- Rademaker A.W., Pauloski B.R., Colangelo L.A., Logemann J.A.: *Age and volume effects on liquid swallowing function in normal women*. *J. Speech Lang Hear Res.* 1998; 41: 257–284.
- Laccourreye O., Brasnu D., Perie S., Muscatello L., Menard M., Weinstein G.: *Supracricoid partial laryngectomies in the elderly: mortality, complications and functional outcome*. *Laryngoscope* 1998; 108: 237–242.
- Leonard R.J., Kendall K.A., McKenzie S., Goncalves M.I., Walker A.: *Structural displacements mobility in normal swallowing: a videofluoroscopic study*. *Dysphagia* 2000; 15: 146–152.
- Yokoyama M., Mitomi N., Tetsuka K., Tayama N., Niimi S.: *Role of laryngeal movement and effect of aging on swallowing pressure in the pharynx and upper esophageal sphincter*. *Laryngoscope* 2000; 110 (3 Cz. 1): 434–439.
- Dejaeger E., Pelemans W.: *Swallowing and the duration of the hyoid movement in normal adults of different ages*. *Aging (Milan)* 1996; 8: 130–134.
- Chen A.Y., Frankowski R., Bishop-Leone J. i wsp.: *The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer*. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2001; 127: 870–876.

28. Brookes G.B.: *Nutritional status-a prognostic indicator in head and neck cancer*. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1985; 93: 69–74.
29. Hammerlid E., Wirblad B., Sandin C. i wsp.: *Malnutrition and food intake in relation to quality of life head and neck cancer patients*. Head Neck 1998; 20: 540–548.
30. Bull D.M.: *Nutrition and tumor immunity. Divergent effects of antitumor antibody*. Cancer Res. 1975; 35: 3317–3319.
31. Westin T., Jansson A., Zenkert C. i wsp.: *Mental depression is associated with malnutrition in patients with head and neck cancer*. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1988; 114: 1449–1453.
32. Kaasa S., Mastekaasa A., Stokke I. i wsp.: *Validation of a quality of life questionnaire for use in clinical trials for treatment of patients with inoperable lung cancer*. Eur. J. Can. Clin. Oncol. 1988; 24: 691–701.
33. Cella D.F., Tulsky D.S.: *Measuring quality of life today: methodological aspects*. Oncology 1990; 4: 29–38.
34. de Haes J.C.J.M., van Knippenberg F.C.E., Neijt J.P.: *Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist*. Br. J. Cancer. 1990; 62: 1034–1038.
35. Schag C.C., Heirich R.L., Ganz P.A.: *Cancer inventory of problem situation: an instrument for assessing cancer patient's rehabilitation needs*. J. Psychosoc. Oncol. 1983; 1: 11–24.
36. Schipper H., Clinch J., McMurray A., Levitt M.: *Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation*. J. Clin. Oncol. 1984; 2: 472–483.
37. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Berman B. i wsp.: *The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology*. J. Natl. Cancer. Inst. 1993; 85: 365–376.
38. McHorney C.A., Rosenbeck J.C.: *Functional outcome assessment of adults with oropharyngeal dysphagia*. Semin. Speech Lang. 1998; 19: 235–246.
39. List M.A., Ritter-Sterr C., Lansky S.B.: *A performance status scale for head and neck cancer patients*. Cancer 1990; 66: 564–569.
40. McConnel F.M.S., Mendelsohn M.S., Logemann J.A.: *Manofluorography of deglutition after supraglottic laryngectomy*. Head Neck Surg. 1987; 9: 142–151.
41. Litton W.B., Leonard J.R.: *Aspiration after partial laryngectomy. Cineradiographic studies*. Laryngoscope 1969; 79: 887–892.
42. Flores T.C., Wood B.G., Levine H.L., Koegel L. Jr., Tucker H.M.: *Factors in successful deglutition following supraglottic laryngeal surgery*. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1982; 91: 579–584.
43. Schoenrock L.D., King A.Y., Everts E.C., Schneider H.J., Shumrick D.: *Hemilaryngectomy: deglutition evaluation and rehabilitation*. Trans Am. Acad. Ophth. Otol. 1992; 76: 752–759.
44. Aljamo E., Fini-Storchi O., Agostini V., Polli G.: *Conservation surgery for cancer of the larynx in the elderly*. Laryngoscope 1985; 95: 203–205.
45. Tucker H.M.: *Conservation laryngeal surgery in the elderly patients*. Laryngoscope 1977; 87: 1995–1999.