

Böbrek/testis kanserli hastalarda yaşam kalitesi

Dr. Cenk Bilen

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Günümüzde onkoloji alanında yaşam kalitesine verilen önem giderek artmaktadır. Yaşam kalitesi güncelliğini yalnızca yayınlar ve konferanslarla sürdürmemekte, İtalya gibi bazı ülkelerde ulusal sağlık politikasının bir parçası haline gelmektedir. Yaşamda kalite, sağ kalım gibi onkoloji alanının temel hedeflerinden biridir. Şüphesiz hastalığın adı değişikçe öncelikli hedefler de değişmektedir. Testis kanseri gibi iyileştirilebilen bir kanserde temel hedef sağ kalım iken, ileri evre böbrek kanserinde hastalığa ve tedaviye bağlı semptomların palyasyonu temel hedef haline gelmektedir. Özellikle aynı hastalık evresi için farklı tedavi alternatiflerinin varlığı ve tüm alternatiflerle benzer sağ kalımların sağlanması, genitoüriner kanserleri yaşam kalitesi çalışmalarının önemli alanlarından biri haline getirmiştir. Bu yazının her iki temel başlığının altında böbrek ve testis kanserli hastalarda bu güne kadar yayınlanmış yaşam kalitesini sorgulayan belli başlı eserler derlenmiştir.

I-Böbrek tümörlü hastalarda yaşam kalitesi

I-A-Lokalize böbrek tümörü

I-A-1 Laparoskopik Radikal nefrektomi (LRN) x Açık Radikal Nefrektomi(ARN)

Laparoskopik nefrektomi ilk kez Clayman ve ark. tarafından tümör dışı nefrektomiler için uygulanmıştır (1). Daha sonra yöntem özellikle T1 ve T2 evresindeki böbrek tümörlerinin tedavisinde açık cerrahiye alternatif bir yöntem olarak geliştirilmiştir. Laparoskopik yaklaşımın kısa dönemdeki daha az kan kaybı, cerrahi sonrası analjezi gereksiniminin azalması ve kısa dönemde iyileşme gibi olumlu etkileri günümüzde artık oturmuş kavramlardır (2). Son günlerde onkolojik sonuçlarının da açık cerrahiden farksız olduğunu gösteren yayınların artması ile LRN, T1 ve T2 evresindeki böbrek tümörleri için bir çok klinikte standart yaklaşım olarak kabul görmektedir. Ancak benzer sağkalım sağlayan iki yöntemden hangisinin seçileceği yaşam kalitesi çalışmalarına bağlıdır. Sadece analjezik gereksiniminin azalması ve daha kısa dönemde iyileşme yaşam kalitesi adına önemli olmakla birlikte yeterli faktörler değildir.

McDougall ve ark.'nın transperitoneal laparoskopik radikal nefrektomi ile açık radikal nefrektomiye karşılaştırdıkları çalışmada laparoskopik grupta cerrahi sonrası ağrının belirgin oranda düşük olduğu gözlenmiştir. Yine bu grupta normal aktiviteye dönüş zamanının ve tam iyileşmenin daha hızlı olduğu rapor edilmiştir (3). Gill ve ark. da retroperitoneoskopik radikal nefrektomi ile açık nefrektominin karşılaştırdığı araştırmalarında yine laparoskopik grupta cerrahi sonrası ağrılarının daha az olduğunu ve bu hastaların daha erken dönemde normal aktivitelerine döndüklerini belirtmiştir (4). Abbou ve ark.'nın yaptığı çalış-

mada da yine benzer sonuçlar bulunmuştur (5). Pace ve ark.'nın transperitoneal laparoskopik nefrektomi ile açık radikal nefrektomiye (radikal nefrektomi, basit nefrektomi, donör nefrektomi) karşılaştırdıkları çalışmada 1, 2, 3, 6 ve 12. aylarda yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinde laparoskopik grupta belirgin iyilik hali gözlenmiştir. Bu çalışma aynı zamanda laparoskopik nefrektominin uzun dönemde de yaşam kalitesine belirgin faydaları olduğunu göstermektedir (6).

Bu konuda oldukça sınırlı çalışma olması, büyük olasılıkla laparoskopik cerrahinin üroloji kliniklerinde henüz ergenlik yaşında olmasına bağlıdır. Komplikasyon oranlarının %0 ile %34 arasında rapor edilmesi öğrenme eğrisinin güçlüğünü işaret eden önemli bir bulgudur (2). Şüphesiz laparoskopik cerrahi iyi ve eğitilmiş ellerde hastanın yaşam kalitesine açık cerrahiden çok daha fazla olumlu etki göstermektedir. Ancak tersi durumlarda yetersiz ve kötü bir laparoskopik onkolojik cerrahi hastanın yaşam kalitesini değil, sağ kalımını bile kötü yönde etkileyecektir. Eğitilmiş ve tecrübeli ellerden gelen günümüzdeki bulgular, gelecekte laparoskopik radikal nefrektominin açık karşılığının yerini alacağını göstermektedir.

I-A-2 Radikal Nefrektomi (RN) x Parsiyel Nefrektomi (PN)

Radikal nefrektomi tek taraflı böbrek tümörlerinin altın standart tedavisidir. Nefron koruyucu cerrahinin asıl endikasyonları, bilateral eş zamanlı böbrek tümörleri ve soliter böbreklerdir. Relatif endikasyonlarını ise diyabet, ürolithiasis, kronik pyelonefrit, üreteral reflü, nefroanjioskleroz ve renal arter stenozu gibi karşı böbreğin zaman içerisinde zarar görebileceği durumlardır. Düşük evreli tümörlerde nefron koruyucu cerrahi radikal cerrahiye benzer sağ kalım oranlarına sahiptir. Gün-

“... Testis kanseri gibi iyileştirilebilen bir kanserde temel hedef sağ kalım iken, ileri evre böbrek kanserinde hastalığa ve tedaviye bağlı semptomların palyasyonu temel hedef haline gelmektedir. Özellikle aynı hastalık evresi için farklı tedavi alternatiflerinin varlığı ve tüm alternatiflerle benzer sağ kalımların sağlanması, genitoüriner kanserleri yaşam kalitesi çalışmalarının önemli alanlarından biri haline getirmiştir...”

“...Günümüzde sınırlı sayıda da olsa eldeki çalışmalarla şunu söylemek mümkün: böbrek tümürlü hastalar RN veya PN ile tamamen hastaliksız bırakıldığı sürece yaşam kaliteleri arasında fark bırakmadan tedavi etmek mümkün. Hastalarda yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörler hastalığın devam etmesi ve şüphesiz eşlik eden ko-morbid faktörlerin varlığı. Bu ko-morbid faktörler ister hastanın diğer sistemlerine ait hastalıklar olsun, ister kalan böbrek dokusunun varlığını ve fonksiyonunu tehdit eder hastalıklar olsun yaşam kalitesini ciddi oranda etkilemektedir...”

müzde diğer böbreği normal olan olgularda da, tümör düşük evreli, 4 cm den küçük ve tek ise elektif nefron koruyucu cerrahi başarı ile uygulanmaktadır. Bu olgularda da lokal nüks ve hastalığa özgü sağ kalım sonuçları RN'ye eşittir.

Ficarra ve ark'nın yaptıkları retrospektif değerlendirmede RN yapılan 88 hasta ile elektif PN uygulanan 56 hastanın yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda hangi cerrahi uygulanırsa uygulansın hastaların genel sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinde olumsuz bir etki gözlenmemiştir. Ancak uzun dönem takiplerde radikal cerrahinin hastaların psikolojisini daha fazla etkilediği saptanmıştır. Bu sonucu hastaların uzun dönemde sağlam böbreklerini de kaybedebilecekleri korkusunun ortaya çıkmasına bağlamışlardır (7). Aynı grubun daha önce yaptıkları benzer grup karşılaştırmasında 20 aylık takipte hiç bir fark görmemeleri tamamen metod sorununa bağlanmıştır. Son çalışmalarında hastaların isteği üzerine net olmayan sorularda sorumlu doktorun açıklama yapmasının geleneksel metodolojinin (soruların hasta tarafından yanıtlanması veya doktor-hasta görüşmesi) bazı problemlerini aşabileceğini iddia etmişlerdir.

Shinohara ve ark'nın 38 RN ve 12 PN uygulanan hasta üzerinde yaptıkları çalışmada (QLQ-C30 formu ile) elektif nefron koruyucu cerrahi uygulanan olgularda fonksiyonel kapasitenin radikal cerrahiye göre daha iyi olduğu vurgulanmıştır (8).

Cleveland'dan Clark ve ark'nın PN uygulanan hastalarda arda kalan fonksiyonel böbrek dokusunun yaşam kalitesi üzerine etkilerinin irdelendiği çalışmasında; RN ve PN uygulanan 97 hastanın yaşam kalitesi, SF-36 ve kanser stres (IES) formları ile sorgulanmıştır. Genel olarak radikal veya parsiyel nefrektomi yapılan olguların fiziksel ve duygusal yaşam kaliteleri, kendi yaş ve cins gruplarından farklı bulunmamıştır. Elektif nefron koruyucu cerrahi uygulananlarla, zorunlu cerrahi yapılan gruplar arasında da yaşam kalitesi farkı gözlenmemiştir. Ancak arda kalan fonksiyonel böbrek parenkimi ile fiziksel iyi hal arasında belirgin bir bağlantı olduğu saptanmıştır. Bunun yanında daha fazla renal parenkime sahip olan hastalarda kanserin yenilememe endişesinin ve böbrek kanserinin genel sağlıklarını etkilediği inancının daha az olduğu bildirilmiştir (9).

Poulakis ve ark'nın retrospektif değerlendirmesinde yine RN uygulanan 199 hasta ile PN uygulanan 158 hastanın yaşam kalitesi sorgulanmıştır. EORTC'nin QLQ-30 ve SF-36 formları kullanarak yapılan bu araştırmada her iki grup arasında fark gözlenmemiştir. Ancak elektif PN uygulanan hastalardaki tüm yaşam kalitesi parametrelerinin RN'ye göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesinin ve normal yaşam kalitesine dönüş skorlarının en iyi olduğu grubun tek taraflı, lokalize, 4 cm'den küçük tümörü olan ve PN uygulanan olgular olduğu vurgulanmıştır (10).

Günümüzde sınırlı sayıda da olsa eldeki çalışmalarla şunu söylemek mümkün: böbrek tümürlü hastalar RN veya PN ile tamamen hastaliksız bırakıldığı sürece yaşam kaliteleri arasında fark bırakmadan tedavi etmek mümkün. Hastalarda yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörler hastalığın devam etmesi ve şüphesiz eşlik eden ko-morbid faktörlerin varlığı. Bu ko-morbid faktörler ister hastanın diğer sistemlerine ait hastalıklar olsun, ister kalan böbrek dokusunun varlığını ve fonksiyonunu tehdit eder hastalıklar olsun yaşam kalitesini ciddi oranda etkilemektedir. Elektif PN indikasyonu olan hastalar ise yaşam kalitesi adına bu yaklaşımdan en fazla fayda gören gruptur.

II-B- Metastatik Böbrek Tümörü (MBT)

Son 20 yılda ultrasonografinin yaygın kullanımı ile MBT tanısı belirgin oranda azalmıştır. Günümüzde hastalığın bu evresinde tedaviye alınan yanıtlar hiç de tatmin edici değildir. Bu evredeki tedavi alternatifleri IFN- α , IL-2 ve destek tedavisidir. Negrier'in yaptığı karşılaştırmalı çalışmada monoterapiye yanıt oranları %6.5 ile %7.5 arasında değişmektedir. Kombi-

nasyon tedavisi ile %18.6'lık yanıt oranlarına ulaşılabilmekte ve bir kaç olguda uzun dönem sağ kalım gözlenebilmektedir (11).

İmmünoterapinin, destek tedavisi üzerine belirgin sağ kalım avantajı olduğu gösterilmiştir. Bu noktada metastatik hastalıkta yaşam kalitesi temel hedef haline gelmektedir. Ancak bu konuda yapılmış oldukça sınırlı sayıda çalışma vardır.

Litwin ve ark'nın yaptığı retrospektif çalışmada, TIL + IL-2 tedavisi alan 20 MBT hastası, farklı kanserleri olan hastalarla karşılaştırılmış ve immünoterapi alan MBT'lü hastalarda yaşam kalitesinin diğer kanserli hastalara göre daha iyi olduğu ancak genel popülasyona göre daha kötü olduğu bildirilmiştir (12).

Atzpodien ve ark. soruna daha farklı yaklaşımlar 22 metastatik böbrek tümürlü hastayı IFN ve IL-2 tedavi ettikleri prospektif çalışmada hastaların yaşam kalitesini (QLQ-30 formu ile) tedavi öncesi ve tedavi sırasında değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada tedavi, hastaların yaşam kalitesini belirgin oranda etkilemiştir. Hastaların fiziksel aktiviteleri azalmış, stres faktörleri yükselmiş ve sosyal aktiviteleri belirgin oranda düşmüştür. Çalışma sonunda ise, tedavi sırasında yaşam kalitesi en fazla düşenlerde en iyi sağ kalımı elde etmişlerdir. Bu sonucu da en iyi bağışıklık sistemi olanların diğerlerine göre tedaviye daha iyi yanıt vermesine, dolayısı ile de yan etkilerin daha fazla olacağı hipotezine bağlamışlardır (13).

Bex ve ark'nın nefrektominin zamanlamasında immünoterapinin rolünü irdeledikleri prospektif çalışmada immünoterapi sırasında hastalarda progresyon olması bir faktör olarak alındığında hastaların %31'inin nefrektominin morbiditesinden korunacağı, bunun yanında çalışma grubunda sonunda nefrektomi uygulanan hiçbir hastanın da tedavi süresince lokal progresyon gösterip opere edilemez hale gelmediğini bildirmişlerdir (14).

Her ne kadar SWOG ve EORTC'nin çalışmalarında immünoterapi öncesi nefrektominin sağkalıma olumlu etkileri gösterilmişse de ideal hasta seçimi için halen yeterli veri elimizde yoktur. Bez ve ark'nın çalışmasında öne çıkarılan 'immünoterapiye yanıt vermeme' kavramının karşısında, primer tümörden salgılanan ve immün sistemin yeterli çalışmamasına yol açan TGF beta gibi moleküller durmaktadır. Dolayısı ile bu iddia henüz yeterli desteğe sahip değildir. Diğer yandan morbiditesi açık cerrahi oranla oldukça düşük olan laparoskopik yaklaşım bu grup hastadaki cerrahi morbidite ile ilgili bir çok endişenin önüne geçebilir.

Böbrek tümörünün tedavisinde özellikle metastatik hastalıkta düşük yanıt oranlarından dolayı ilerleme kaydedilememektedir. Bu grup hastalarda tedavisiz bir yılı bulmayan sağkalım, tedavi ile ancak bir yılı geçmektedir.

Uzun dönem yanıt veren hastalar ise parmakla sayılacak kadar az bir grubu oluşturmaktadır. Literatür sınırlı sayıda çalışma ile metastatik böbrek tümörlü hastaların yaşam kalitesi üzerine son derece yetersiz verilere sahiptir. Bugün için yaygın kullanılan immünoterapötik ajanların hastaların yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri oldukça nettir. Ancak yaşam kalitesi olumsuz etkilenenlerde daha fazla sağkalm beklenmesi; açıklığa kavuşturulması gereken bir iddiadır. Diğer yandan sadece metastatik hastalıkta nefrektomi uygulanacak hastaların seçimi için değil, immünoterapi uygulanacak hastaların seçimi için de prognostik faktörlerin tanımlanması gerekmektedir. Tedavi alternatiflerinin, şemaların ve algoritmaların netleşmediği, yeni tedavi ajanlarının sonuçlarını beklediğimiz bu alanda, sanırım yaşam kalitesi çalışmalarının da beklentilerimizi karşılaması için bir süre daha beklemeliyiz.

II- TESTİS TÜMÖRLÜ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

Testis kanseri 15-45 yaş arasında en sık gözlenen solid kanserdir ve bu yaş grubundaki kanserlerin %23'ünü oluşturmaktadır. Tüm testis kanserlerinin %95'ini germ hücreli kanserler oluşturmaktadır. Son 20 yıla kadar testis kanserli hastalarda sağ kalım ve tedavi yan etkilerini azaltmak temel hedef olduğundan yaşam kalitesi çalışmaları üzerine çok fazla ağırlık verilmemiştir. Ancak günümüzde özellikle uzun dönem sağ kalan hastaların artışı ve etkinlikleri benzer tedavi alternatiflerinin varlığı ile yaşam kalitesi çalışmaları güncel hale gelmiştir. Literatürde böbrek tümörlü hastaların yaşam kalitesini irdeleyen çalışmalara daha sık rastlanmaktadır. Herbir çalışmanın üzerinden ayrı ayrı geçmekteyse yaşam kalitesi parametreleri üzerinden bir derleme yapmak daha anlaşılır olacaktır:

II-A-Fiziksel Durum

Genel Sağlık, Yorgunluk ve Vücut İmajı

Prospektif çalışmalarda tedavi alternatifleri karşılaştırılmamasına rağmen kemoterapi ile tedavi gören hastaların fiziksel fonksiyonlarının yaklaşık iki yıl içerisinde eski haline döndüğü bildirilmiştir. Hastaların %70'i çalışma anında genel sağlık durumlarını iyi ve yaşadıkları ile aynı olarak yorumlamıştır. Tedavi alternatiflerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda ise genel sağlık algılaması üzerine fark gözlenmemiştir (15).

Yorgunluğun değerlendirildiği çalışmalarda hastaların %19'unda 2 yıl sonunda yorgunluk hissinde artış bildirilmesine rağmen hastaların %80'nin den fazlasında yorgunluk hissi azalmakta ve benzer yaş grubundaki sağlıklı popülasyondan fark gözlenmemektedir (15).

Fossa ve ark. ise 30 yaş altındaki hastalarda yorgunluğun daha belirgin olduğunu bildirmişlerdir. Bildirilen bu yorgunluk hissi özellikle tedavi öncesi stres, mobidite, düşük eğitim düzeyi, ko-morbidite ve yüksek depresyon/endişe skorları ile bağlantılı bulunmuştur (16).

Erkeğin simgesi olan bir organın kaybı ile şüphesiz vücut imajı sorunları doğacaktır (17). Ancak yapılan çalışmalarda testis kanserli hastaların vücut imajı ile sorunlarının zamanla düzeldiği, olguların %80'nin kendilerini hala çekici ve erkeksi bulduğunu göstermiştir (18). Vücut imajı sorunları olanlarda ise yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu, kendilerini daha fazla yorgun hissettikleri ve aile hayatında daha az mutlu oldukları gözlenmiştir (15).

Üroonkoloji literatüründe tedavi edilmiş testis kanserli hastaların uzun dönem takiplerine ait yeterli veri olmasına rağmen farklı tedavi alternatiflerini irdeleyen metodolojisi standart yeterli çalışma izlenmemektedir. Özellikle evre I hastalarda farklı tedaviler aynı sağkalmı sağlamasına rağmen yaşam kalitesi üzerine etkileri oldukça farklıdır. Diğer yandan yeni kemoterapötik ajanlar testis tümörü tedavisinde standart hale gelmiş protokolleri yenilenmeye zorlamaktadır. Özellikle iyi ve orta riskli gruplarda amaç bu yeni ajanlarla yaşam kalitesini arttırmaktır.

II-B-Psikolojik Durum

Stres, Sağlık Endişesi, Fertilité Endişesi

Prospektif çalışmalarda testis tümörlü hastalarda stres prevalansı %9 ile 27 arasında olduğu bildirilmiştir (15,19). Testis tümörlü hastaların yaşam kalitesi üzerine yaygın çalışmaları ile bilinen Fossa ve ark. ise bu grup hastada genel popülasyona göre daha fazla endişe olduğu ancak depresyonun daha az olduğunu vurgulamıştır (18). Retrospektif bazı analizlerde tanı sonrası ilk 6 ayda endişe, depresyon ve stres daha yüksek oranda gözlenirken, zamanla düzelme gözlenmektedir (20,21). Kimi çalışmalarda testis tümörlü hastaların sağlıklı yaşlılarına göre daha az stresli olduğu rapor edilmiştir (21,22). Çalışmalarda bulunan farklı rakam ve sonuçlar genellikle örnekleme küçüklüğüne ve/veya kullanılan sorgulama formlarının farklılığına bağlanmaktadır.

Yine Fossa ve ark.'nın aynı çalışmasında testis tümörlü hastaların %17'sinde 2 yılın sonunda hala hastalığın nüks etme korkusunda artış olduğu gözlenmiştir (18). Buna karşın diğer benzer çalışmalarda sağlıklı ilgili endişeler hastaların %54-76'sında devam etmesine rağmen, nüks korkusunun %45'den %12'ye indiği bildirilmiştir (23,24). Endişe ve depresyon bulguları olan hastaların daha fazla sağlık endişesi taşıdığı, tümörün nüks etmesinden daha çok korktukları ve bunları düşünerek daha çok zaman geçirdikleri gözlenmiştir (24). Bir çalış-

“...Üroonkoloji literatüründe tedavi edilmiş testis kanserli hastaların uzun dönem takiplerine ait yeterli veri olmasına rağmen farklı tedavi alternatiflerini irdeleyen metodolojisi standart yeterli çalışma izlenmemektedir. Özellikle evre I hastalarda farklı tedaviler aynı sağkalmı sağlamasına rağmen yaşam kalitesi üzerine etkileri oldukça farklıdır. Diğer yandan yeni kemoterapötik ajanlar testis tümörü tedavisinde standart hale gelmiş protokolleri yenilenmeye zorlamaktadır...”

mada tedavi alternatifleri arasında fark bildirilmezken, başka bir çalışmada radyoterapi alan hastaların sağlıklı ilgili endişelerinin daha fazla olduğu, başka bir çalışmada ise kemoterapi alan hastaların radyoterapi alanlara göre daha yüksek oranda hastalıklarının nüks edeceği korkusu taşıdıkları bildirilmiştir (21, 23, 25).

Fertilitenin önemli bir sorun olduğu bu yaş ve hastalık grubunda yapılan prospektif bir çalışmada fertilité endişesinin hastaların %28'inde azaldığı ancak %11'inde arttığı rapor edilmiştir (18). Fertilité endişesi özellikle ejakülatör disfonksiyonu olan, çocuğu olmayan, genç yaşta, ekonomoik seviyesi düşük, kemoterapi veya retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu ile tedavi edilmiş olgularda daha yoğun olarak gözlenmektedir (19). Fertilité endişesi radyoterapi alan grupta %11'den kemoterapi ve RPLND uygulanan hastalarda %33'e kadar değişiklik göstermektedir (19). Diğer yandan hastaların %25-52'sinde azalmış cinsel istek, artmış erektil disfonksiyon ve orgazm sorunu gözlenmiştir (26). Hastaların %40'ı tedavi sonrası çocuk sahibi olmak istemektedir (27). Dolayısıyla bu yaş grubunun tedavi sırasında bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Belki psikiyatri konsültasyonu istemek, belki sperm koruyucu yöntem kullanmak hastaların yaşam kalitesine olumlu etkiler sağlayacaktır.

Bir çok yaşam kalitesi çalışmasında kanser ve tedavisinin hastaların hayatı üzerine olduk-

Hernekadar tüm çalışmalar aynı kalitede değilse bile, sonuç olarak testis kanserli hastaların yaşam kalitelerinin genelde iyi olduğunu söyleyebiliriz. Şüphesiz metodolojisi düzeltilmiş geniş kapsamlı çalışmalar bu konudaki doğruları daha da netleştirecektir.

ça kötü etkileri olduğu bildirilmektedir. Ancak testis tümörlü hastalarda zamanla yaşam kalitesi düzelmekte ve sağlıklı popülasyona eşit hale gelmektedir. Hatta bazı çalışmalarda testis tümörlü hastaların yaşamlarından yaş gruplarına göre daha fazla memnun oldukları bildirilmiştir (28). Tedavi sonrası hayata yeniden bakış, yeni bir başlangıç, kendine ve hayata saygı, duygusal olarak büyüme ve önceliklerin yeniden belirlenmesi gibi bir çok pozitif etki bildirilmiştir (29). Tedavi alternatifleri arasında net bir fark gözlenmemekle birlikte yalnızca bir çalışmada izlem grubundaki hastaların, kemoterapi ve radyoterapiye göre yaşamdan daha az tatmin olduğu iddia edilmiştir (28).

II-C-Sosyal Durum

Evlilik Hayatı, Sosyal Destek, Fonksiyonel Hayat

Prospektif çalışmalarda testis kanserli hastaların partnerleri ile ilişkilerinin etkilenmediği ve tedavi alternatifleri arasında fark olmadığı gözlenmiştir (15,19). Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş, hatta partner ilişkisinin güçlendiği bildirilmiştir (23, 24, 25). Olguların %84-94'ünde ne tedavi öncesinde, ne tedavi sırasında ne de tedavi sonrasında eşlerini kaybetme endişesinin olmadığı gözlenmiştir. Eşlerden gelen destek tedavi sırasında artış göstermesine rağmen tedavi sonrası eski haline dönmüştür (30). Evli erkeklerin eşleri ile ilişkileri güçlenmesine rağmen (%68) evli olmayan erkeklerin ilişkilerinin zorlandığı (%74) bildirilmiştir (29). Tedavi alternatifleri arasında fark gözlenmemektedir.

Testis kanserli hastaların arkadaşları ile olan ilişkilerinde de sorun ortaya çıkmamaktadır. Olguların %93'ü aileleleri ile ilişkilerinin iyi olduğunu bildirirken, yine %77-95'i arkadaş ilişkilerini de iyi olarak yorumlamaktadır (23, 25). Hastaların %92'si tedavi sırasında aldıkları destekten memnundur (24). Bu dönem içerisinde

aile ve arkadaş ilişkilerinin zenginleştiğini ancak daha seçici olduklarını belirtmektedirler. Bir çalışmada tedavi alternatifleri arasında fark gözlenmezken, bir çalışmada kemoterapi alan hastalar aile ve arkadaş ilişkilerinin daha olumlu etkilendiğini bildirmiştir (23, 25).

Tedavinin uzun dönem yan etkileri hastaların fonksiyonel hayatlarını etkileyebilmektedir. Değerlendirilen hastaların %76-90'ının çalışma anında iş sahibi olduğu gözlenmiştir (15, 19). Bu oran sağlıklı benzer yaş grubundan farklı değildir. Çalışmalarda iş hayatlarındaki sorunların da benzer olduğu gözlenmiştir (31). İş hayatına geri dönen testis tümörlü hastaların %90'ı, hastalığın kariyerlerine bir etkisi olmadığı düşüncesindedir (29). Bazı çalışmalarda ise çalışma hayatının artık eskisi kadar önemi olmadığı, yaşamdaki önceliklerin yeniden belirlendiği, hastaların bundan sonra 'çalışmak için yaşamayacakları, yaşamak için çalışacakları' düşüncesi ön plandadır (31, 32). Yaş grupları ile karşılaştırıldığında testis tümörlü hastaların gün sonunda daha az bitkinlik hissettiği ve iş sırasında konsantrasyon ve dikkatlerinin daha iyi olduğu gözlenmektedir (28). %10-25'lik bir grupta ise negatif etkiler gözlenmektedir. İş hayatından tatminsizlik duyan bu grup hastaların daha önceki işlerine devam etmedikleri, iş arkadaşları ve patronları ile ilişkilerinin kötüleştiği, konsantrasyon ve aldıkları işi bitirme sorunu yaşadıkları gözlenmektedir (22, 29, 32). Radyoterapi ve kemoterapi alan hastaların %12-31'i hastalıkları nedeniyle işlerini kaybetmektedir. Radyoterapi alanların %17'sinde profesyonel performans azalma bildirilirken, bu oran diğer tedavi gruplarında %3'tür (30).

Hernekadar tüm çalışmalar aynı kalitede değilse bile, sonuç olarak testis kanserli hastaların yaşam kalitelerinin genelde iyi olduğunu söyleyebiliriz. Şüphesiz metodolojisi düzeltilmiş geniş kapsamlı çalışmalar bu konudaki doğruları daha da netleştirecektir. Ancak Fossa ve ark.'nın belirttiği üzere yaşam kalitesi kültürel farklılıklardan çok etkilenmektedir (33). Ülkemizde en kısa zamanda kendi kültürel dokumuza uygun yaşam kalitesi sorgulama formlarının geliştirilmesi ve uygulamaya konulması, yaşam kalitesi ile ilgili bilgileri kullanabilmemiz için temel bir gereklilik olarak karşımızda durmaktadır.

Kaynaklar

1. Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, Dierks SM, Meretyk S, Darcy MD, Roemer FD, Pingleton ED, Thompson PG, Long SR. Laparoscopic nephrectomy: initial case report. J Urol. 1991;146: 278-282.
2. Canfield S, Martin SF. Evidence based recommendations for urologic cancers. Contemporary Urology. 2005;38:57.
3. McDougall E, Clayman RV, Elashry OM. Laparoscopic radical nephrectomy for renal tumor: the Washington University experience. J Urol 1996;155:1180-1185.

4. Gill IS, Schweizer D, Hobart MG, Sung GT, Klein EA, Novick AC. Retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy: the Cleveland clinic experience. J Urol 2000; 163: 1665-1670.
5. Abbou CC, Cicco A, Gasman D, Hoznek A, Antiphon P, Chopin DK, Salomon L. Retroperitoneal laparoscopic versus open radical nephrectomy. J Urol 1999; 161:1776-1780.
6. Pace KT, Dyer SJ, Stewart RJ, Honey RJ, Poulain EC, Schlachta CM, Mamazza J. Health-related quality of life after laparoscopic and open nephrectomy. Surg Endosc 2003; 17:143-152.
7. Ficarra V, Novella G, Sarti A, Novara G, Galfano A, Cavalleri S, Artibani W. Psycho-social well-being and general health status after surgical treatment for localized renal cell carcinoma. Int Urol and Nephrol 2002; 34:441-446.
8. Shinohara N, Harabayashi T, Sato S, Hioka T, Tsuchiya K, Koyanagi T. Impact of nephron-sparing surgery on quality of life in patients with localized renal cell carcinoma. Eur Urol 2001; 39:114-119.
9. Clark PE, Schover LR, Uzzo RG, Hafez KS, Rybicki LA, Novick AC. Quality of life and psychological adaptation after surgical treatment for localized renal cell carcinoma: impact of remaining renal tissue. Urology 2001; 57:252-256.
10. Poulakis V, Witzsch U, De Vries R, Moeckel M, Becht A. Quality of life after surgery for localized renal cell carcinoma: comparison between radical nephrectomy and nephron-sparing surgery. Urology 2003; 62:814-820.
11. Negrier S, Escudier B, Lasset C, Douillard JY, Savary J, Chevreau C, Ravaud A, Mercatello A, Peny J, Mousseau M, Philip T, Tursz T. Recombinant human interleukin-2, recombinant human interferon alfa-2, or both in metastatic renal cell carcinoma. Groupe Franc^{ais} d'Immuno-therapie. N Engl J Med 1998; 338:1272-8.
12. Litwin MS, Fine JT, Dorey F, Figlin RA, Beldegrun AS. Health related quality of life outcomes in patients treated for metastatic kidney cancer: A pilot study. J Urol 1997; 157:1608-12.
13. Atzpodien J, Kuchler Th, Wandert T, Reitz M. Rapid deterioration in quality of life during interleukin-2- and a-interferon-based home therapy of renal cell carcinoma associated with a good outcome. British Journal of Cancer 2003; 89: 50-54.
14. Bex A, Horenblas S, Meinhardt W, Verra N, de Gast GC. The role of initial immunotherapy as selection for nephrectomy in patients with metastatic renal cell carcinoma and the primary tumor in situ. Eur Urol 2002; 42:570-6.
15. Rudberg L, Nilsson S, Wikblad K. Health-related quality of life in survivors of testicular cancer 3 to 13 years after treatment. J Psychosoc Oncol 2000; 18:19-31.
16. Fossa SD, Dahl AA, Loge JH. Fatigue, anxiety, and depression in long-term survivors of testicular cancer. J Clin Oncol 2003; 21:1249-1254.
17. van Basten JP, Jonker-Pool G, van Driel MF, Sleijfer DT, van de Wiel HB, Mensink HJ, Schraffordt-Koops H, Hoekstra HJ. Fantasies and facts of the testes. Br J Urol 1996; 78:756-762.
18. Fossa SD, de Wit R, Roberts JT, Wilkinson PM, de Mulder PH, Mead GM, Cook P, de Pricck L, Stenning S, Aaronson NK, Bottomley A, Collette L. Quality of life in good prognosis patients with metastatic germ cell cancer: a prospective study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Genitourinary Group/Medical Research Council Testicular Cancer Study Group (30941/TE20). J Clin Oncol 2003; 21:1107-1118.
19. Rieker PP, Fitzgerald EM, Kalish LA, Richie JP, Lederman GS, Edbril SD, Garnick MB.

- Psychosocial factors, curative therapies, and behavioral outcomes. A comparison of testis cancer survivors and a control group of healthy men. *Cancer* 1989; 64:2399–2407.
20. Douchez J, Droz JP, Desclaux B, Allain Y, Fargeot P, Caty A, Charrot P. Quality of life in long-term survivors of nonseminomatous germ cell testicular tumors. *J Urol* 1993; 149:498–50.
 21. Gritz ER, Wellisch DK, Landsverk JA. Psychosocial sequelae in longterm survivors of testicular cancer. *J Psychosoc Oncol* 1988; 6:41–63.
 22. Bloom JR, Hoppe RT, Fobair P, Cox RS, Varghese A, Spiegel D. Effects of treatment on the work experience on long-term survivors of Hodgkin's disease. *J Psychosoc Oncol* 1988; 6:65–80.
 23. Arai Y, Kawakita M, Hida S, Terachi T, Okada Y, Yoshida O. Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. *J Urol* 1996; 155:574–578.
 24. Moynihan C. Testicular cancer: the psychosocial problems of patients and their relatives. *Cancer Surv* 1987; 6:477–510.
 25. Stuart NS, Grundy R, Woodroffe CM, Cullen MH. Quality of life after treatment for testicular cancer—the patient's view. *Eur J Cancer* 1990; 26:291–294.
 26. Schover LR, Eschenbach AC von. Sexual and marital relationships after treatment for nonseminomatous testicular cancer. *Urology* 1985; 25:251–255.
 27. Gritz ER, Wellisch DK, Wang HJ, Siau J, Landsverk JA, Cosgrove MD. Long-term effects of testicular cancer on sexual functioning in married couples. *Cancer* 1989; 64: 1560–1567.
 28. Kaasa S, Aass N, Mastekaasa A, Lund E, Fossa SD. Psychosocial wellbeing in testicular cancer patients. *Eur J Cancer* 1991; 27:1091–1095.
 29. Rieker PP, Edbril SD, Garnick MB. Curative testis cancer therapy: psychosocial sequelae. *J Clin Oncol* 1985; 3:1117–1126.
 30. Ozen H, Sahin A, Toklu C, Rastadoskouee M, Kilic C, Gogus A, Kendi S. Psychosocial adjustment after testicular cancer treatment. *J Urol* 1998; 159:1947–1950.
 31. Joly F, Heron JF, Kalusinski L, Bottet P, Brune D, Allouache N, Mace-Lesec'h J, Couette JE, Peny J, Henry-Amar M. Quality of life in longterm survivors of testicular cancer: a population-based case-control study. *J Clin Oncol* 2002; 20:73–80.
 32. Edbril SD, Rieker PR. The impact of testicular cancer on the work lives of survivors. *J Psychosoc Oncol* 1989; 7:17–29.
 33. Fossa SD, Myonihan C, Serbouti S. Patients' and doctors' perceptions of long-term morbidity in patients with testicular cancer clinical stage 1. *Support Care Cancer* 1996; 4:118–128.