

Ankietowa samoocena zaburzeń połykania i jakości życia u chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi

Self-administered questionnaire-based evaluation of dysphagia and quality of life in patients treated with head and neck cancer

PAWEŁ STRĘK, JOLANTA GAWLIK, JACEK SKŁADZIEŃ, MACIEJ MODRZEJEWSKI, DANIEL NAJZIONEK, KAROLINA HYDZIK-SOBOCIŃSKA, MARIAN KURZYŃSKI, PIOTR MUSZYŃSKI, MAGDALENA DUTSCH-WICHEREK

Katedra i Klinika Otolaryngologii CMUJ w Krakowie, ul. Śniadeckich 2, 31-501 Kraków

Wprowadzenie. Istotą leczenia chorych z nowotworami głowy i szyi jest nie tylko zapewnienie optymalnej skuteczności onkologicznej, lecz także możliwie najlepszej jakości życia. W realizacji drugiego z celów niezbędne jest ciągle monitorowanie subiektywnych odczuć chorych.

Cel. Samoocena subiektywnych odczuć związanych z przyjmowaniem pokarmów i jakości życia chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi.

Materiał i metody. Badaniami objęto 200 chorych: 160 mężczyzn i 40 kobiet z potwierdzonym histopatologicznie rakiem płaskonabłonkowym. Pierwotną lokalizację nowotworu stanowiła jama ustna, część ustna i krtaniowa gardła lub krtani. Chorzy byli leczeni chirurgicznie, za pomocą rtg-terapii lub też z zastosowaniem obydwu tych metod. W badaniach wykorzystano polskie tłumaczenie ankiety MDADI (*M.D. Anderson Dysphagia Inventory*).

Wyniki. Zaobserwowano znaczący wpływ lokalizacji guza na subiektywnie oceniane przez chorych skutki dysfagii. Guzy zlokalizowane w jamie ustnej i części ustnej gardła powodowały większe problemy w przyjmowaniu pokarmów niż te, o lokalizacji w krtani i części krtaniowej gardła. Wyższe zaawansowanie choroby nowotworowej implikowało niższy poziom jakości życia będący wynikiem dysfagii. Zarówno chorzy leczeni chirurgicznie, jak i za pomocą rtg-terapii podobnie odczuwali skutki zaburzeń połykania w przeciwieństwie do tych, którzy byli poddani leczeniu chirurgicznemu z następową rtg-terapią. W tej ostatniej grupie silniej odczuwane było obniżenie jakości życia. Czas upływający od zakończenia leczenia wpływał na zmniejszenie uciążliwości wynikających z przyjmowania pokarmów.

Wnioski. Samoocena zaburzeń połykania przy użyciu ankiety MDADI wydaje się być skuteczną metodą subiektywnego monitorowania przebiegu ewolucji dysfagii u chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi.

Otolaryngologia, 2003, 2(3), 120-125

Introduction. The quality of life of cancer patients has attracted an increasing interest in recent years. Patients with head and neck cancer often have annoying symptoms due to the disease and to treatment side effects altering patient's quality of life. Well-being of treated patients may be measured by a valid and reliable self-administered questionnaire.

Aim. The aim of this study was to evaluate the quality of life of patients with head and neck cancer with reference to dysphagia.

Material and methods. Two hundred patients (160 male and 40 female) with head and neck cancer were included in this study. The location of the tumour was: oral cavity, oropharynx, hypopharynx and larynx. The treatment was surgical or Rtg-th or combined. Patient's quality of life was evaluated according to the self-administered questionnaire (*M.D. Anderson Dysphagia Inventory – MDADI*).

Results. Patients with primary tumors of the oral cavity and oropharynx had significantly greater swallowing disability with an adverse impact on their quality of life compared with patients with primary tumors of the larynx and hypopharynx. Method of treatment and stage of head and neck cancer greatly affected dysphagia-related quality of life. The longer the interval between completion of treatment and assessment by the MDADI, the higher the total score, thus reflecting a higher quality of life and functional status as related to swallowing.

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.

Otolaryngologia, 2003, 2(3), 120-125

Key words: surgery, radiotherapy, deglutition disorders, aspiration

Słowa kluczowe: chirurgia, radioterapia, dysfagia, aspiracja

Określenie dysfagia ustno-gardłowa oznacza zaburzenia połykania spowodowane zmianami anatomicznymi lub czynnościowymi w obrębie jamy ustnej, części ustnej i krtaniowej gardła, krtani oraz górnego zwieracza przełyku. Większość zabiegów chirurgicznych wykonywanych u chorych leczonych z powodu nowotworów głó-

wy i szyi, naruszając prawidłowe stosunki anatomiczne oraz fizjologię struktur biorących udział w przebiegu aktu połykania, w sposób oczywisty powoduje powstanie dysfagii, a często także aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych. Także zabiegi rekonstrukcyjne, odtwarzające mniej lub bardziej skutecznie części narządów

usunięte podczas operacji onkologicznej nie gwarantują powrotu fizjologicznej czynności przewodu pokarmowego. Celem leczenia tych chorych jest nie tylko zapewnienie optymalnej skuteczności onkologicznej, lecz także możliwie najlepszej jakości życia, dlatego też określenie charakteru i przyczyn dolegliwości oraz próba ich eliminacji jest ważnym wyzwaniem dla wszystkich zajmujących się leczeniem chorych z nowotworami głowy i szyi.

Zaburzenia połykania występują u 10-62% chorych po całkowitym usunięciu krtani, przy czym czynnikiem wybitnie 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. Badania Mendelsohn [7] wykazały aż u 72% chorych po tego typu leczeniu przedłużony czas transportu pokarmu w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Dysfagia u tych chorych jest konsekwencją resekcji części gardła oraz nasady języka, towarzyszących 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, jest brak ujemnego ciśnienia w części krtaniowej gardła, które w warunkach fizjologicznych było wywoływane w górnym zwieraczu przełyku w wyniku unoszenia krtani [5,8].

Zaburzenia połykania będące wynikiem operacji onkologicznych przeprowadzanych w zakresie 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 połykania [1,2]. Użycie zachowanej części języka w celu zamknięcia nim ubytku w jamie ustnej powoduje dodatkowe ograniczenie jego ruchomości, a co za tym idzie funkcji tego narządu. Użycie 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 i skazuje go na korzystaniu z 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 ci zmuszeni są wykorzystywać odchylenie głowy oraz grawitację w celu przemieszczania pokarmu do gardła.

McConnel i wsp. [8] wykazali, że nasilenie dysfagii związanej ze wzrostem oporów w obrębie części krtaniowej gardła jest ściśle skorelowane z zakresem resekcji nasady języka. Pomimo, że siła przesuwająca pokarm, wytwarzana przez język, jest u laryngektomowanych 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 od 35% do 47% tej grupy chorych [5,10,11,12]. Powikłanie to, opisane przez Kirchnera i Scatliffa [11], może powodować przedłużenie czasu jedzenia, gromadzenie i zwracanie pokarmu, uczucie ciała obcego, ostatecznie doprowadzając do trudności w przyjmowaniu pokarmu. Rzadszymi przyczynami dysfagii u laryngektomowanych są przetoki gardłowo-skórne (10%) oraz nadmierne napięcie toniczne mięśnia pierścienno-gardłowego [12,13].

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. Jakkolwiek zamykają one ubytki powstałe podczas zabiegu operacyjnego, to jednak tworzą martwą przestrzeń w jamie ustnej. Pauloski i wsp. [3] w swoich badaniach wykazali, że chorzy po częściowych glossektomiach z resekcją dna jamy ustnej, połączonych z rekonstrukcją płatami przedniego odcinka jamy ustnej, mają przedłużony czas przemieszczania pokarmu stałego w jamie ustnej i zmniejszone możliwości oczyszczania jamy ustnej z resztek pokarmu. U chorych tych około połowa kęsa pokarmu pozostaje w jamie ustnej po każdorazowym połknięciu.

Dodatkowo część krtaniowa gardła oraz odcinek szyjny przełyku mogą być zniekształcone w wyniku tracheotomii i obecności tkwiącej w tchawicy rurki tracheotomijnej. Jakkolwiek tracheotomia jest uważana za metodę zapobiegania przewlekłej aspiracji to jednak istnieje wiele doniesień ukazujących dysfagię i aspirację jako następstwa tej operacji [14,15,16]. Spowodowane jest to zmniejszeniem zakresu unoszenia krtani podczas połykania, co wynika z unieruchomienia tchawicy poprzez rurkę tracheotomijną tkwiącą w otworze skórnym, zaleganiem wydzieliny w górnych drogach oddechowych oraz uciskiem na szyjny odcinek przełyku przez mankiety uszczelniający rurki tracheotomijnej. Długotrwałe stosowanie rurki tracheotomijnej powoduje zaburzenia odruchu ochronnego kaszlu oraz utratą koordynacji mechanizmów zamknięcia światła krtani.

Radioterapia zazwyczaj traktowana jest za metodę leczenia, która mniej agresywnie niż chirurgia zaburza czynności fizjologiczne. Jednakże badania chorych po rtg-terapii z powodu raka nosogardzieli, wykonywane w okresie od 2 do 20 lat po zakończeniu leczenia, wykazały u 77% z nich aspirację, u 54% atrofie języka, u 58% niewydolność podniebienia miękkiego podczas połykania,

u 87% zaburzenia odruchu połykania, a u 80% zaburzenia funkcji zwieraczy gardła [17]. Głównymi przyczynami aspiracji u chorych poddanych radioterapii są: zaburzenie transportu kęsa pokarmu w gardle i niezupełna relaksacja górnego zwieracza przełyku [18], a także ograniczenie ruchomości języka ku tyłowi z towarzyszącym zmniejszeniem zakresu unoszenia krtani [19]. Wydaje się, że tego typu powikłania są wynikiem xerostomii – obrzęku spowodowanego zastojem limfy, zwłóknienia tkanek miękkich, neuropatii oraz mielopatii będących konsekwencją tej metody leczenia [20,21,22].

Celem pracy była samoocena subiektywnych odczuć związanych z przyjmowaniem pokarmów i jakości życia chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi.

PACJENCI I METODY

Badaniami objęto 200 chorych, w tym 160 mężczyzn i 40 kobiet, leczonych w latach 1998–2002 w Klinice Otolaryngologii CMUJ z powodu choroby nowotworowej. Wiek badanych wahał się od 35 do 59 lat. Badania wykonano w okresie od 3 do 36 miesięcy po zakończeniu leczenia. U wszystkich chorych badanie histopatologiczne wykazało obecność raka płaskonabłonkowego. Pierwotną lokalizację nowotworu, stopień zaawansowania choroby nowotworowej oraz zastosowane metody leczenia przedstawiono w tabeli I.

W badaniach oceny zaburzeń połykania i jakości życia wykorzystano polskie tłumaczenie ankiety MDADI (*M.D. Anderson Dysphagia Inventory*), składającej się z 20 następujących pytań [23].

1. Kłopoty z połykaniem ograniczają moją codzienną aktywność?
2. Krępują moje nawyki żywieniowe?
3. Bliscy mają problem z przyrządzaniem dla mnie posiłków?
4. Połykanie jest trudniejsze pod koniec dnia?
5. Nie całkowicie kontroluję połykanie?
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. Czuję się swobodny, mogąc wyjść ze znajomymi i bliskimi do restauracji?
16. Ograniczam ilość spożywanych posiłków z powodu problemów z połykaniem?
17. Nie mogę utrzymać wagi na stałym poziomie z powodu problemów z połykaniem?
18. Odczuwam niską ocenę własnej osoby z powodu zaburzeń połykania?
19. Podczas połykania mam uczucie jakbym połykał ogromny kawał pokarmu?
20. Czuję się poza nawiasem, wykluczony z powodu moich nawyków żywieniowych?

Pytania podzielono na cztery grupy:

- I. Dotyczące ogólnej oceny problemu zaburzeń połykania – pytanie: 1.
- II. Uwzględniające czynniki emocjonalne towarzyszące przyjmowaniu pokarmów – pytania: 2, 5, 6, 8, 12, 18.
- III. Uwzględniające czynniki funkcjonalne, oceniające wpływ zaburzeń połykania na codzienną aktywność – pytania: 3, 9, 14, 15, 20.
- IV. Uwzględniające czynniki anatomiczne, związane z oceną percepcji zjawisk towarzyszących jedzeniu – pytania: 4, 7, 10, 11, 13, 16, 17, 19.

Chorzy wybierali jedną z pięciu odpowiedzi jako właściwą na każde pytanie. Odpowiedzi te były punktowane: zdecydowanie tak – 1, tak – 2, nie mam zdania – 3, nie – 4, zdecydowanie nie – 5. Następnie sumowano odpowiedzi punktowe w poszczególnych grupach pytań. Tak uzyskany wynik mnożono przez 20, a następnie dzielono przez liczbę pytań w danej grupie. Wyniki podawano w skali liczbowej od 0 (w wypadku oceny całkowicie nie akceptowanej przez chorego) do 100 (gdy badany oceniał swoją jakość życia jako wysmienitą).

WYNIKI

Wyniki ankiety zebrane są w tabelach II-V. Stwierdzono, wyraźnie gorszą subiektywną ocenę jakości życia u chorych z lokalizacją w jamie ustnej i części ustnej gardła w porównaniu z lokalizacją nowotworu w części krtaniowej gardła i krtani. Punktacja w poszczególnych grupach czynników była zbliżona i wahała się od 44 do 58 punktów u osób z pierwszą lokalizacją guza i od 71

Tabela I. Charakterystyka kliniczna grupy badanej. Lokalizacja guza

Lokalizacja guza	Stopień	Zaawansowanie choroby nowotworowej	Zastosowane leczenie		
Jama ustna	35	Stopień I i II	35	Leczenie chirurgiczne	60
Część ustna gardła	40	Stopień III	55	Rtg-terapia	55
Część krtaniowa gardła	35	Stopień IV	110	Leczenie chirurgiczne + rtg-terapia	45
Krtani	90				

Tabela IV. Subiektywna ocena jakości życia w zależności od lokalizacji guza

Ocena	Lokalizacja guza	
	Jama ustna Część ustna gardła	Część krtaniowa gardła Krtani
Ogólna	44,0	76,0
Czynniki emocjonalne	53,0	78,1
Czynniki funkcjonalne	58,3	74,2
Czynniki anatomiczne	51,1	71,7

Tabela V. Subiektywna ocena jakości życia w zależności od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej

Ocena	Stopień zaawansowania choroby nowotworowej	
	I i II	III i IV
Ogólna	68,2	39,1
Czynniki emocjonalne	74,3	44,2
Czynniki funkcjonalne	78,4	49,2
Czynniki anatomiczne	76,2	48,3

Tabela VI. Subiektywna ocena jakości życia w zależności od metody leczenia

Ocena	Metoda leczenia		
	Chirurgia	rtg-terapia	Chirurgia + rtg-terapia
Ogólna	49,0	50,0	34,2
Czynniki emocjonalne	46,0	46,3	37,2
Czynniki funkcjonalne	49,0	48,6	39,0
Czynniki anatomiczne	51,0	50,8	37,0

Tabela VII. Subiektywna ocena jakości życia w zależności od upływu czasu od zakończenia leczenia

Ocena	Czas (miesiące)		
	3-12	12-24	24-36
Ogólna	36,2	51,8	78,4
Czynniki emocjonalne	45,2	56,4	77,6
Czynniki funkcjonalne	50,1	60,2	79,8
Czynniki anatomiczne	38,4	49,2	77,0

do 78 punktów – z drugą lokalizacją nowotworu (tab. II). Samoocena możwy padła lepiej w niższych stopniach zaawansowania choroby (68-78 punktu) niż w bardzo zaawansowanych postaciach (39-49 punktu) (tab. III).

Najgorsze wyniki dla subiektywnej oceny jakości życia dawało skojarzenie leczenia chirurgicznego z rtg-terapią (34-39 punktów), dla izolowanej metody chirurgicznej i rtg-terapii wyniki były gorsze, lecz zbliżone między grupami (tab. IV). Ocena jakości życia poprawiała się sukcesywnie w miarę upływu czasu od zakończenia leczenia (tab. V).

DYSKUSJA

Zagadnienie wpływu choroby nowotworowej na szeroko rozumianą jakość życia było przedmiotem licznych badań. Do tego celu wykorzystywano wiele kwestionariuszy specyficznych dla chorych nowotworowych, takich jak:

1. EORTC QLQ-C30 *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire*
2. FLIC *Functional Living Index-Cancer*
3. CARES *Cancer Rehabilitation Evaluation System*
4. FACT *Functional Assessment of Cancer Therapy*
5. *Rotterdam Symptom Check-list* [24-28]

Jednakże badania te nie koncentrowały się na dysfagii jako jednym z ważniejszych czynników wpływających na jakość życia chorych cierpiących z powodu nowotworów zlokalizowanych w zakresie szyi i głowy.

Jako jedni z pierwszych badania nad wpływem dysfagii ustno-gardłowej na jakość życia i opieki nad chorymi prowadzili McHorney i Rosenbeck [29]. Dotyczyły one jednakże chorych cierpiących z powodu zaburzeń połykania o podłożu neurologicznym.

Badania Lista i wsp. [30] dotyczyły wpływu dysfagii na jakość życia u chorych z nowotworami o lokalizacji w zakresie głowy i szyi. Jednakże wydaje się, iż wartość zastosowanej przez nich ankiety (*Performance Status Scale – PSS*) umniejsza fakt, iż nie jest ona ankietą samodzielnie wypełnianą przez chorych oraz to, że brak w niej szczegółowych pytań oceniających psychosocjalny i emocjonalny wpływ dysfagii na jakość życia chorych. Dlatego też, dopiero zawierająca 20 pytań ankietę MDADI (*M.D. Anderson Dysphagia Inventory*) [23] wydaje się jako pierwsza spełniać zapotrzebowanie wynikające z konieczności ciągłego monitorowania chorych podczas leczenia i rehabilitacji.

Wyniki naszych badań wskazują, że chorzy, u których pierwotna lokalizacja nowotworu była w jamie ustnej i części ustnej gardła mieli znacząco większe zaburzenia połykania wpływające niekorzystnie na ich jakość życia niż ci, u których lokalizacja dotyczyła krtani i części krtaniowej gardła. Obserwacje te są zgodne z obserwacjami Chen i wsp. [23]. Także wpływ czasu upływającego od zakończenia leczenia powodujący stopniowe zmniejszenie intensywności zaburzeń połykania i poprawę jakości życia, obserwowana przez autorów, jest zgodna z doniesieniem Chen i wsp. [23]. Wpływ stopnia zaawansowania choroby nowotworowej na subiektywnie postrzegane przez chorego dolegliwości związane z przyjmowaniem pokarmów wydaje się logicznie wytłumaczalny, podobnie jak fakt, że chorzy poddani leczeniu chirurgicznemu z następową Rtg-th odczuwali znacznie większe dolegliwości niż ci, którzy leczeni byli wyłącznie chirurgicznie lub przy użyciu rtg-terapii. Wielkość guza implikuje zazwyczaj wyższe zaawansowanie choroby nowotworowej, co wpływa w sposób oczywisty na nasilenie zaburzeń połykania bez względu na zastosowaną metodę leczenia. Z kolei chorzy leczeni metodą skojarzoną przy pomocy chirurgii i następowej rtg-terapii to najczęściej ci, u których choroba nowotworowa

jest najbardziej zaawansowana, dlatego też występowanie dużych trudności w przyjmowaniu pokarmów jest zrozumiałe. Dodatkowym czynnikiem mającym niewątpliwie wpływ na stopień dysfagii jest połączenie dwu sposobów leczenia z których każdy z osobna już utrudnia sprawne odżywianie. Pewne zastanowienie budzi natomiast obserwacja, że zarówno chorzy leczeni chirurgicznie jak i przy pomocy Rtg-th podobnie odczuwali swój spadek jakości życia wynikający z dysfagii.

Prawie zawsze chorobie nowotworowej towarzyszy utrata wagi. Jest to szczególnie częste u chorych z nowotworami głowy i szyi [31,32]. Niedożywienie w sposób istotny wpływa na sprawność mięśni szkieletowych i zmniejszenie rezerw energetycznych u tych chorych. Może to mieć istotny wpływ na proces gojenia się ran oraz wpływać na obniżenie poziomu odporności, prowadząc do wzrostu podatności na czynniki infekcyjne [33]. Niedożywieniu towarzyszy często depresja psychiczna, której występowanie, spowodowane charakterem choroby, jest u chorych z nowotworami głowy i szyi bardzo prawdopodobne [34]. Niedożywienie będące efektem choroby, leczenia jak i psychologicznych kon-

sekwencji stanu zdrowia ma istotny wpływ także na wyniki onkologiczne [34]. Badania Hammerlid i wsp. [32] wykazały, że tylko 35% chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi, u których stwierdzono cechy niedożywienia przeżyło 2 lata, podczas gdy w grupie dobrze odżywionych ten sam okres czasu przeżyło 64%. Podobne zależności stwierdzono wśród chorych leczonych z powodu raka płuc [35].

Jakkolwiek stosunkowo niewielka liczebność poszczególnych badanych grup chorych uwzględniających lokalizację guza, stopień zaawansowania choroby nowotworowej oraz zastosowane metody leczenia utrudnia formułowanie zbyt daleko sięgających wniosków dotyczących wpływu tych czynników na subiektywnie oceniane zaburzenia przyjmowania pokarmów to samoocena zaburzeń połykania wydaje się być skuteczną metodą subiektywnego monitorowania przebiegu ewolucji dysfagii. Występowanie dysfagii i stopień jej dokuczliwości, oceniany zarówno przy zastosowaniu metod obiektywnych, jak i subiektywnej samooceny tej dolegliwości nie może być decydującym czynnikiem wpływającym na wybór metody leczenia u chorych z nowotworami głowy i szyi.

Piśmiennictwo

- Conley JJ. Swallowing dysfunctions associated with radical surgery of the head and neck. *AMA Arch Surg* 1960; 80: 602-612.
- Hirano M, Kuroiwa Y. i wsp. Dysphagia following various degrees of surgical resection for oral cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 101: 138-142.
- Pauloski BR, Logemann JA 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 RC, Sharma VP, Arora MML. Study of the pharynx after laryngectomy. *J Laryngol Otol* 1984; 98: 807-810.
- Sullivan PA, Hartig K. Dysphagia after total laryngectomy. *Curr Op Otolaryng Head Neck Surg* 2001; 9: 139-146.
- Ackerstaff AH, Hilgers FJ, Aaronson NK i wsp. Communication, functional disorders and lifestyle changes after total laryngectomy. *Clin Otolaryngol* 1994; 19: 295-300.
- Mendelsohn MS. Dysphagia after treatment for laryngeal cancer. In *Laryngeal Cancer*, eds. 1. Edited by Smee R, Bridger GP, Amsterdam: Elsevier Science BV 1994; 705-708.
- McConnel FMS, Mendelsohn MS, Logemann JA. Examination of swallowing after total laryngectomy using manofluorography. *Head Neck Surg* 1986; 9: 3-12.
- McConnel FMS, Cerenko D, Mendelsohn MS. Dysphagia after total laryngectomy. *Otolaryngol Clin Am* 1988; 21, 4: 721-726.
- Hartley C, Saeed SR, Farrington WT. Post-laryngectomy neopharyngeal diverticulae. *J Laryngol Otol* 1994; 108: 479-483.
- Kirchner JA, Scatliff JH. Disabilities resulting from healed salivary fistula. *Arch Otolaryngol* 1962; 75: 60-68.
- Muller-Miny H, Eisele DW, Jones B. Dynamic radiographic imaging following total laryngectomy. *Head Neck* 1993; 15: 342-347.
- Kronenberger MB, Myers AD. Dysphagia following head and neck cancer surgery. *Dysphagia* 1994; 9: 236-244.
- Bonanno PC. Swallowing dysfunction after tracheotomy. *Ann Surg* 1971; 174: 29-33.
- Bone DK, Davis JL i wsp. Aspiration pneumonia. *Ann Thorac Surg* 1974; 18: 30-37.
- Cameron JL, Reynolds J, Zuidema GD. Aspiration in patients with tracheostomies. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 136: 68-70.
- Wu C-H, Hsiao T-Y i wsp. Dysphagia after radiotherapy: endoscopic examination of swallowing in patients with nasopharyngeal carcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000; 109: 320-325.
- Dodds WJ, Logemann JA, Stewart ET. Radiologic assesment of abnormal oral and pharyngeal phases of swallowing. *Am J Roentgenol* 1990; 154: 965-974.
- Lazarus CL, Logemann JA i wsp. Swallowing disorders in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and adjuvant chemotherapy. *Laryngoscope* 1996; 106: 1157-1166.
- Ballantyne AJ. Late sequele of radiation therapy in cancer of the head and neck with particular reference to the nasopharynx. *Am J Surg* 1975; 130: 433-436.
- Hung TP. Myelopathy following radiotherapy of nasopharyngeal carcinoma. *Proc Aust Assoc Neurolog* 1968; 5: 421-428.
- Stern Y, Marshak G i wsp. Vocal cord palsy: possible late complication of radiotherapy for head and neck cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104: 294-296.
- Chen AY, Frankowski R i wsp. The development nad validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head nad neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 127: 870-876.

24. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology* 1990; 4: 29-38.
25. de Haes JCJM, van Knippenberg FCE, Neijt JP. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer* 1990; 62: 1034-1038.
26. Schag CC, Heirich RL, Ganz PA. Cancer Inventory of Problem Situation: an instrument for assessing cancer patients rehabilitation needs. *J Psychosoc Oncol* 1983; 1: 11-24.
27. Schipper H, Clinch J i wsp. Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *J Clin Oncol* 1984; 2: 472-483.
28. Aaronson NK, 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.
29. McHorney CA, Rosenbek JC. Functional outcome assessment of adults with oropharyngeal dysphagia. *Semin Speech Lang* 1998; 19: 235-246.
30. List MA, Ritter-Sterr C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer* 1990; 66: 564-569.
31. Brookes GB. Nutritional status-a prognostic indicator in head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985; 93: 69-74.
32. Hammerlid E, Wirblad B i wsp. Malnutrition and food intake in relation to quality of life head and neck cancer patients. *Head Neck* 1998; 20: 540-548.
33. Bull DM. Nutrition and tumor immunity. Divergent effects of antitumor antibody. *Cancer Res* 1975; 35: 3317-3319.
34. Westin T, Jansson A i wsp. Mental depression is associated with malnutrition in patients with head nad neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114: 1449-1453.
35. Kaasa S, Mastekaasa A 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: 791-701.