Bölüm
58

KANSER HASTALARININ YÖNETİMİ

Utku AYGÜNEŞ[1]

GİRİŞ

Hematoloji ve onkoloji hastalarında mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli faktörler; mevcut primer kanser hastalığının fiziksel ve psikolojik etkileri ile kanser tedavisine bağlı oluşan komplikasyonlardır. Bu nedenle birinci basamakta hastalığa ait temel özelliklerin ve tedaviye bağlı olası istenmeyen etkilerin bilinmesi; günlük hayat konforunun idamesi, gerekli desteğin sağlanması, optimum hasta bakımının yapılması, hastalıklı sağ kalım ve ölüm oranlarının azaltılması açısından son derece önemlidir. Burada, birinci basamak sağlık kuruluşlarında bu hususta dikkat edilecek noktalar ve alınacak tedbirler anlatılacaktır.

AĞRI

Kanser hastalarında en sık görülen şikayetlerden biri ağrıdır. Tümörün kendisine bağlı veya kemoradyoterapiden sonra ortaya çıkan nahoş ve rahatsız edici duygu olarak tanımlanır. Kanser hastalarının % 30-50 kadarı ağrının giderilmesi için medikal tedaviye ihtiyaç duyar. Bu oran ileri evre hastalık durumunda % 90'a varabilir (1). Ağrının son derece rahatsız edici ve gündelik hayat akışına direk negatif etkisi sebebiyle öncelikli olarak müdahale edilerek en kısa sürede giderilmesi gereken bir şikayettir. Ancak hekimlerin konu hakkında yeterli bilgisi olmaması, narkotik ilaç kullanımında kaçınma gibi nedenlerle çoğu zaman yeterli tedavi verilemez (2). Bu durumun önüne geçmek ve etkin bir tedavi planlayabilmek için hastanın ağrıya neden olan durum, emosyonel durumu, ağrı eşiği, komorbid hastalık durumu ve kullandığı ek ilaçlar detaylı sorgulanmalıdır. Hastanın yaşam tarzı da hekimin tercih edeceği tedavi yaklaşımı için önemlidir. Etkin ağrı tedavisi hasta ile hekim arasında kurulacak karşılıklı güven ilişkisi ile başlar. Bu durumun giderilebilecek bir sorun olduğu hastaya anlatılmalıdır. Hastanın ağrı ile başa çıkmak için başvurduğu bireysel yöntemler sorgulanmalıdır. Tedaviye başlamadan önce hastanın rutin olarak kullandığı tüm ilaçları kayıt edilmelidir. Tercih öncelikle oral tedaviden yana olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kanser ağrısının kontrolünü amaçlayan, ağrının şiddetine göre üç basamakta, analjezik olarak adjuvan ilaçların ve non-opioid, zayıf opioid, güçlü opioidleri içeren merdiven sistemi tedavi planını önermiştir (3). Genellikle ilk basamakta parasetamol ve non-steroid anti inflamatuar ilaçlar (NSAİD) gibi oral kullanılabilecek opioid olmayan ilaçlar tek başlarına ya da kombine edilerek tercih edilir. Ağrı kontrol altına alınamazsa ikinci basamak tedaviye geçilmelidir. İkinci basamakta birinci basamağa ek olarak kodein gibi hafif, zayıf-orta etkili bir opioid tercih edilir. Vücuda yapışan bandaj formunda (transdermal fentanil) etkin ağrı kontrolü sağlaması ve kullanım kolaylığı sağlaması nedeniyle sıkça tercih edilmektedir. Ağrı kontrolü sağlanamaza morfin gibi güçlü bir opioid düşük dozdan başlanarak ağrı kontrolü sağlanan doza kadar çıkılmalıdır. Kitle basısı veya yeni metastaz varlığında ağrı kontrolünde cerrahi yaklaşım

[1] Uzman Dr, S.B.Ü. Konya EAH Çocuk Hematoloji-Onkoloji Kliniği, utkuayg@gmail.com

malıdır. ES verme eşiği yaşla birlikte değişmekle birlikte genel olarak 7 g/dl'dir. Eritropoetinin rutin kullanımı olmamakla birlikte özellikle kronik böbrek yetmezliği gelişen hastalarda tercih edilir.

Nötropeni

Nötropeni periferik kanda mutlak nötrofil sayısının 1500/mm^3'ün altında olmasıdır. Genellikle kemoterapi sonrası görülür ve ateş eşlik ettiğinde nötropenik ateş adını alır. 38 derece ve üzeri bir kere veya 37.5 derece üzeri 1 saat ara ile yapılan iki ölçüm saptanması yeterlidir. Nötropenik olmayan hastanın 24-36 saat içinde nötropeniye girmesi bekleniyorsa (örn. kemoterapi sonrası) bu durum da febril nötropeni kabul edilir. Febril nötropeni hematoonkolojik bir acildir. Enfeksiyon göstergesi olup acilen hastadan kan ve gerekli diğer kültürler alınarak, antipsödomonal etkinliği olan geniş spektrumlu antibiyotik ve granülosit stimüle edici faktör (GCSF) başlanması gerekmektedir. Aksi halde mortalite ve morbidite zamanla logaritmik artacaktır.

Trombositopeni

Trombositopeni de kemik iliği baskılanmasına bağlı gelişen kanama riski yaratan bir durumdur. Tanım olarak periferik kanda trombosit sayısının 150000/mm^3'ün altına düşmesidir. Özellikle 20000/mm^3'ün altına düştüğünde spontan kanama riski vardır. Fizik muayenede peteşi, purpura, ekimoz veya epistaksis gibi aktif bir kanama varlığında trombosit değerinin düşmüş olduğu düşünülmelidir. Yaklaşım trombosit süspansiyonu verilmesidir. Eşlik eden protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) uzaması ve fibrinojen düşüklüğü gibi durumlarda kanser seyrinde sıkça meydana gelebilecek tüketim koagülopatisi (DİK) akla gelmelidir. Hasta bu süre içinde travmadan korunmalı ve invaziv işlemlerden kaçınılmalıdır. Aspirin gibi antiagregan ve heparin gibi antikoagülan maddelerin verilmesi önlenmelidir.

Psikiyatrik Sorunlar

Özellikle ileri evre kanser hastalarında majör depresyon sık görülmektedir. Hastaların hayatlarına bomba gibi düşen kanser hastalığı ile pskolojik anlamda başa çıkmaları her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle medikal tedavinin zaman kaybetmeden başlanması hastanın tedaviye uyumuna da katkıda bulunacaktır. Anksiyete, davranış değişiklikleri ve uyku bozuklukları da tedavi sürecinde ortaya çıkan diğer psikiyatrik problemlerdendir. Bu süreçte sadece kanser hastasına değil aynı zamanda ailesine de gerekli hallerde psikiyatrik destek verilmelidir.

SONUÇ

Kanserli hastaya birinci basamakta uygulanacak bilgiye dayalı nitelikli temel yaklaşım hastanın yaşam kalitesini arttırmakta, morbidite ve mortaliteyi düşürmektedir. Bunun için hastayı multidisipliner bir yaklaşımla ele almak gerekir. Hastayı; hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile ele almadan bütünsel yaklaşım sergileme imkanı yoktur. Düzenli doktor takibi yanısıra kaliteli hemşirelik hizmeti ile yüz güldürücü sonuçlara ulaşmak mümkün olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kanser, semptom, yönetim

Kaynakça

1. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands., Schouten HC. *J Pain*, 132 (3), 312.
2. Fairchild A. Under-treatment of cancer pain. *Curr Opin Support Palliat Care*, 4 (1), 11.
3. Meuser T , Pietruck C , Radbruch L , et al. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology, Pain, 2001;93:247-257.
4. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi 2014; 29 (3): 125-135.
5. Prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced eme-sis: Results of Perugia Consensus Conference. Antiemetic Sub-committee of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). *Ann Oncol*, 9, 811– 819.
6. Pereira Pinto L, de Souza LB, Gordón-Núñez MA, et al. Prevention of oral lesions in children with acute lym-phoblastic leukemia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 70 (11), 1847-1851.
7. Kadakia KC, Rozell SA, Butala AA, et al. Supportive cryotherapy: a review from head to toe. *J Pain Symptom Manage*, 47 (6), 1100–1115.
8. King CK, Glass R, Bresee JS, et al. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. Centers for Disease Control and Prevention MMWR Recomm Rep. 2003;52(RR-16):1.
9. Hinton JM, Lennard-Jones JE. Constipation: definition and classification. *Postgrad Med J,* 44 (515), 720–723.