

PALYATİF BAKIM

Prof. Dr. Meral GÜLHAN

Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Tanım:

Palyatif bakım; ciddi hastalığı olan kişilerde, oluşabilecek semptomları önlemek veya rahatlatmak için yapılan, en iyi yaşam kalitesini elde etmeye yönelik multidisipliner bakımdır (1). Sadece yaşamın son döneminde yapılan bakım olmayıp hastalık evresine bakılmaksızın tıbbi bakıma hem küratif, hem de yaşam süresini uzatıcı bakım sırasında entegre edilmesi gereken bir tedavi şeklidir (2). Modern bakış açısı ile ele alındığında palyatif bakım için farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakımın tanımı; "ağrı ve diğer fiziksel ve psikolojik problemleri erken tanıyıp, değerlendirip, tedavi ederek, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili problemleri önlemek ve rahatlatmak yoluyla, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini düzeltme yaklaşımı"dır (3).

Palyatif bakımın primer rolü başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel ve emosyonel semptomların rahatlatılmasıdır. Palyatif bakım hastanede yatarak, ayaktan ya da evde uygulanabilir. Palyatif bakımda kullanılan hospis modeli ise kuratif ya da yaşamı uzatıcı tedavi şansı olmayan, hayatın son dönemindeki hastalarda bakımevinde uygulanan tedavi modelidir (2).

Özellikle yaşamın son dönemindeki hastalarda palyatif bakım ve semptom kontrolü birçok faktör nedeniyle komplike bir hal alır ve zorluk gösterir. Tedaviyi zorlaştıran bu faktörler;

- İleri yaş (olguların üçte ikisi 65 yaş ve üzeri)
- Malnutrisyon, düşük serum albumin düzeyleri
- Otonom sinir sistemi fonksiyonlarında yetersizlik
- Azalmış renal fonksiyon kapasitesi
- Sınırdaki algı düzeyi
- Epilepsi eşiğinde düşme (metastatik beyin, opioid kullanımı)
- Uzun dönem opioid tedavisi
- Çoklu ilaç tedavisi'dir (4).

Sorunlardaki çeşitlilik ve yukarıda bahsedilen faktörler nedeniyle palyatif bakım, farklı disiplinler arası iletişim ve koordinasyon, dolayısıyla iyi bir ekip çalışması gerektirir. Bu ekipte ilgili

klinisyen hekimler, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve gereğinde din görevlisi yer alır (2).

Palyatif bakım ciddi hastalıklarda erken dönemde başlatıldığında klinik açıdan ve yaşam kalitesi açısından daha anlamlı iyilik sağlar. Yapılan bir çalışmada yeni tanı konulan metastatik evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalar iki kola randomize edilmiş, bir kola sadece standart onkolojik tedavi, diğer kola onkolojik tedavi ile birlikte erken palyatif tedavi uygulanmıştır. Erken palyatif tedavi uygulanan grupta daha iyi yaşam kalitesi skorları, daha az depresif semptomlar ve daha uzun sağ kalım elde edilmiştir. Bu çalışmada palyatif bakım, hasta ve yakınlarının cesaretlendirilmesi, eğitimi ve semptom tedavisini kapsamakta olup ayaktan uygulanmıştır (5). Bu çalışmanın sonuçları palyatif bakımın sadece kanser hastaları değil, yaşamı tehdit eden hastalığı olan tüm hastalarda önemli olacağına ışık tutmuştur.

Palyatif Bakım İhtiyacının Değerlendirilmesi:

Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaların palyatif bakım yönünden değerlendirilmesinde standart bir yaklaşım yoktur ve çoğu zaman klinik pratikte yetersiz kalınmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Palyatif Bakım Gelişim Merkezi 2011 konsensus raporuna göre hastaneye kabul edilen hastalarda, primer bakım ekibinden bir doktorun palyatif bakım ihtiyacının ana hatlarını belirlemesi, ekibin bilgilerinin üstünde bir yaklaşım gerektiren sorun varsa palyatif bakım uzmanına konsulte etmesi önerilmektedir. Ayaktan tedavi edilen hastalar içinse mevcut bir palyatif bakım değerlendirme kriteri yoktur (6).

Ev ortamında konforu sağlamaya yönelik palyatif tedavi planı sık tercih edilmektedir. Bu konuda doktorlar ile hasta ve hasta yakınları arasında görüş farklılığı vardır. Yapılan bir çalışmada hastaların sadece %35'i evde ölmeyi, % 45'i taburcu edilmek yerine yapılabilecek tüm tedavi yaklaşımlarını sonuna kadar sürdürmeyi tercih etmiştir (7).

Her hasta için ayrı kişisel değerlendirme yapılması daha uygun bir yaklaşımdır. Palyatif bakım değerlendirmesinde objektif sorunların yanı sıra subjektif sorunlar da ele alınmalıdır.

“National Comprehensive Cancer Network” (NCCN) rehberine göre fiziksel semptomlar, psikososyal sorunlar, kişisel beklentiler, eğitim ve bilgilendirme, kültürel faktörlerin etkisi, palyatif bakım uzmanlarına erken konsültasyon palyatif bakım değerlendirmesinin ana başlıkları oluşturur.

İlerlemiş hastalıklarda en sık görülen palyasyon gerektiren fiziksel sorunlar;

- Ağrı,
- Anoreksi, iştah ve oral alım sorunları,
- İnkontinans ve diğer genitoüriner sorunlar,
- Bulantı ve gastrointestinal semptomlar (konstipasyon, kusma, diyare),
- Respiratuvar semptomlar (dispne, öksürük),
- Ülserler ve diğer cilt yakınmaları,
- Halsizlik ve asteni,
- Sedasyon, uyku ve opioidlerin diğer yan etkileridir.

Sık görülen emosyonel ve kognitif sorunlar;

- Üzüntü,
- Anksiyete,
- Depresyon ve deliryumdur (8).

Bu bölümde akciğer kanseri başta olmak üzere, yaşamı tehdit eden solunum sistemi hastalıklarında sık görülen ağrı, dispne, öksürük semptomları ve beslenme bozukluğuna yönelik palyatif tedavi yaklaşımı anlatılacaktır.

AĞRI

Başta kanser olmak üzere bir çok kronik progresif hastalığın seyrinde ölmeden önce ortaya çıkan sıkıntı verici semptomlardan birisi ağrıdır. Evde tedavisi süren terminal dönem hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada %50 oranında orta ya da ciddi derecede ağrı semptomu saptanmıştır (9). Çalışmaların çoğu kanser ağrısı üzerinedir ve ileri evre kanserlilerde %70'in üzerinde oranlarda orta veya şiddetli derecede ağrı yakınması bildirilmiştir (10). Ağrı semptomunun kontrol altına alınması büyük önem taşır. Bu semptom sadece hastaya sıkıntı vermekle kalmaz, aile üyeleri arasında da sıkıntı, suçluluk duygusu ve sağlık çalışanlarına karşı öfke duygusu yaratır. Kronik hastalıklarla uğraşan tüm klinisyenler ağrı tedavisindeki temel yaklaşımı bilmelidir.

Yaşamın son döneminde gözlenen ağrının kontrolünde agresif opioid tedavisi ve diğer girişimlerin yapılması konusunda fikir birliği olmasına karşın ne yazıkki tedavi oranları istenenden düşüktür. Dünya Sağlık Örgütü, orta-ağır şiddette kanser ağrısının dünya genelinde, %80 oranında yetersiz tedavi edildiğinin tahmin edildiğini ve global bir sağlık sorunu olduğunu ilan etmiştir (11).

Ağrı tedavisinde yetersizlik hasta, doktor ve sağlık sistemi kaynaklı olabilir. Hastalar yan etki ve bağımlılık yapacağı korkusu ile opioid kullanma konusunda isteksizdirler. Doktorların birçoğunda ağrı tedavisinin temel prensipleri, yan etkiler, bağımlılık, tolerans ve doz konusunda bilgi eksikliği ve bunun sonucunda ortaya çıkan opiofobi mevcuttur. Ülkelerin sağlık sistemlerindeki yetersizlik, opioidlere rahat ulaşım eksikliği sistem kaynaklı nedenlerdir (12,13).

Ağrının değerlendirilmesi:

Her hastanın ağrı yakınması altta yatan etiyolojiyi, patofizyolojiyi ve yarattığı sonuçları anlamaya yönelik olmak üzere ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir. Değerlendirme ağrının karakteri ile ilgili detayları sorgulamakla başlar. Hastalara ağrının lokalizasyonu, süresi, gün içindeki değişimi, ciddiyeti, şekli, rahatlatan ya da provoke eden faktörlerin varlığı ve eşlik eden diğer semptomlar gibi spesifik sorular sorulmalıdır. Ağrının hastanın normal fonksiyonları ve fiziksel aktivitesine, ruhsal durumuna, aile ve çevre ile ilişkilerine etkisi olup olmadığı öğrenilmelidir. Ağrı ile ilgili daha önce yapılanlar, mevcut tedavisi ve bu tedavinin etkinliği değerlendirilmelidir.

Kanser hastalarında ağrı direk hastalıkla ilgili olabildiği gibi uygulanan tedavi ile ilgili ya da kanserle hiç ilişkisi olmayan bir nedenle gelişebilir. Ağrı nosiseptif ya da nöropatik ağrı tipinde olabilir. Nosiseptif ağrılar somatik ya da visseral yapılardaki hasarlanmaya bağlı nosiseptörlerin uyarılması sonucu gelişir. Somatik kökenli (kemik, eklem, kas, deri, konnektif doku) ağrı lokalize, keskin ya da baskı hissi şeklinde olabilir. Visseral kökenli (periton, gastrointestinal sistem vs) ise daha difüz, acıma ve kramp şeklindedir. Nöropatik ağrı santral ya da periferik sinir sisteminde hasarlanma sonucunda gelişir. Hastalar ağrıyı belirli bir dermatomda yanma, karıncalanma, sızlama hissi, ya da bıçak saplanır gibi çakıcı ağrı şeklinde tanımlar. Ağrının neye bağlı ve hangi tipte olduğunu anlamak tedavi açısından büyük önem taşır (14).

Tedavinin etkinliğini takip açısından başlangıçta ağrının şiddetinin de değerlendirilmesi gerekir. Ağrı çok yönlü subjektif bir semptom olduğu için şiddetinin değerlendirilmesi zordur. Bunun için geliştirilmiş özel ölçüm metodları vardır. Bunlardan en basitleri visüel analog (hiç ağrı yok ↔ olabilecek en şiddetli ağrı) skala, ve sayısal puanlandırma (hiç ağrı yok=0 ↔ olabilecek en şiddetli ağrı=10) skalasıdır.

Farmakolojik tedavi:

Yaşamın son döneminde gözlenen ağrının tedavisinde farmakoterapi temel tedavi yöntemidir. Analjezik ilaçlar 3 kategoride ele alınır. Bunlar; opioidler, non-opioid analjezikler (parasetamol,

non-steroidal antiinflamatuvar (NSAİ) ilaçlar) ve adjuvan analjeziklerdir. Adjuvan analjezikler normalde ağrı dışında endikasyonu olan fakat özel bazı durumlarda ağrı tedavisinde kullanılan ilaçlardır (15).

Tablo1: Analjezik tedavisinde DSÖ'nün önerdiği basamak stratejisi.

		3.basamak	Kuvvetli opioid analjezik± (morfin, fentanil, metadon, hidromorfon) Non-opioid analjezik± Adjuvan analjezik
	2.basamak	Zayıf opioid analjezik (kodein, oksikodon, tramadol)± Non-opioid analjezik± Adjuvan analjezik	Ağrı durmuyor
1.basamak	Non-opioid analjezik± Adjuvan analjezik	Ağrı durmuyor	

Ağrı tedavisinde, 1986'da DSÖ tarafından önerilen basamak tedavisi yöntemi, basit ve kolay anlaşılır bir yöntem olması nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Basamak tedavisinde; etkinliği az ilaçlarla tedaviye başlayıp, kontrol sağlanana kadar, 24-48 saat aralıklarla daha etkin ilaçların olduğu basamağa geçilmesi temel prensiptir (tablo 1). Analjeziklerle kontrol sağlanamıyorsa 4.basamakta girişimsel yöntemler yer alır. Son yıllarda bu yaklaşıma, özellikle 2.basamağına ait eleştiriler mevcuttur (16). Zayıf opioidlerin etkinliğinin yüksek doz NSAİ ilaçlardan daha fazla olmadığı gösterilmiştir (17). Bu nedenle şiddetli ağrısı olan kişilere 2.basamak tedavi uygulamanın ağrı kontrolünde zaman kaybına yol açtığı düşüncesi oluşmuştur. Son görüşler; kronik ağrıda basamak artırmanın, akut ağrı ya da kontrolsüz ağrısı olan olgularda ise üst basamakla başlayıp kontrol sağlandıktan sonra gerekirse basamak azaltmanın daha uygun olduğu şeklindedir (18).

Opioidler:

Orta ve şiddetli derecede ağrısı olan ileri dönem hastalarda opioidler tedavinin temelini oluşturur. Rehberlere uygun optimal dozda kullanıldıklarında kanser ağrılarının $\frac{3}{4}$ 'ünden fazlasında kontrol sağlarlar (19). Opioid ajanlar kategorisinde morfin, fentanil, oksikodon, hidromorfon, oksimorfon, levorfanol ve metadon yer alır.

Morfin: Ağrı tedavisinde en uzun geçmişe sahip ilaç morfindir ve diğer opioidleri değerlendirmede standart ilaç olarak ele alınır. Karaciğerde metabolize olur, renal yolla atılır. Renal yetmezliği olan hastalarda dikkatli uygulanmalıdır. Morfin dünyada birçok formülasyonda bulunan bir ilaçtır. Kısa ve uzun salınımlı oral formlar, oral solüsyonlar, suppozituarlar ve enjektabl solüsyonlar şeklinde bulunabilir. Oral formu kullanamayanlarda solüsyon ya da suppozituar formlar denenebilir. Bu formlar temin edilemiyorsa parenteral form subkutan ya da intravenöz yolla kullanılabilir. Sublingual formları da olmakla beraber iyi absorbe olmadığı için önerilmemektedir (15,20). Türkiyede oral ve parenteral formlarda bulunmaktadır.

Yarılanma süresi kısa diğer opioidler; hidromorfon, oksikodon, oksimorfondur. Değişik formülasyonlarda piyasada bulunur.

Fentanil: Sentetik ve yağda çözünen bir opioiddir. Transdermal, oral transmukozal, injektabl formda bulunur ve parenteral, spinal, transdermal, transmukozal, bukkal yolla uygulanabilir. Transdermal formu olması nedeniyle yutma güçlüğü olanlarda, histamin salınımına düşük oranda yol açması nedeniyle ürtiker gelişenlerde, aktif metaboliti olmaması nedeniyle de renal yetmezliği olanlarda tercih edilebilecek bir ilaçtır. Transdermal formun etki süresi 2-3 gün olduğu için hızlı doz titrasyonu ihtiyacı olanlarda sıkıntı yaratır. Ayrıca salınımı ısı değişikliğinden etkilenir. Ateşi olan hastalarda beklenmedik toksisitelere yol açabilir (14,15).

Metadon: Metadon, mü ve delta opioid reseptör agonisti ve N-metil d-aspartik asit antagonistidir. Bu nedenle nöropatik ağrıda daha etkili olacağı yönünde bulgular olmakla beraber yapılan bir Cochrane analizinde morfinle eşit etkinlikte bulunmuştur (21,22). Ucuz olması nedeniyle avantajlıdır fakat yarılanma ömrü 15 - >60 saat arasında değiştiği için doz ayarlaması zordur. Aşırı sedasyon ve solunum depresyonu açısından monitörizasyon ve yakın takip gerekir. Metadonun farmakokinetiğinde CYP 3A4 enzim aktivitesi ile ilgili olarak kişisel farklılıklar söz konusudur. Bu nedenle etkinliği ve dozu kişiden kişiye değişir. Etki süresinin uzunluğu ve farklılığı nedeniyle, morfin ve diğer opioidlere dönüşümünde eşdeğer dozu hesaplamada belirsizlik vardır. Metadon ayrıca QT aralığını uzatarak kardiyak risk oluşturabilmektedir (23).

Tramadol: Santral etkili, sentetik bir opioiddir. Hem mü reseptör agonistidir, hem de serotonin ve norepinefrin re-uptake'ini bloke ederek etki gösterir. Bu ilave etkisi nedeniyle nöropatik ağrıda etkili olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan trisiklik antidepressan ve SSRI'lerle birlikte kullanılması sakıncalıdır ve epilepsi eşliğinde düşmeye neden olabilir (24). Karşılaştırmalı bir çalışmada hidrokodon ve kodeinden daha toksik olduğu görülmüştür (25).

Levorfanol: Rölatif olarak uzun yarı ömrü (12-16 saat) olan bir ilaçtır. Hem mü hem de delta reseptörler ile etkileşir. Deneyimler daha sınırlıdır. Diğer ilaçlar tolere edilemediğinde ya da etki elde edilemediğinde bir tedavi alternatifidir (15).

Opioid kullanımında öneriler:

Uygulama yolu: Kronik ağrı tedavisinde opioidler mümkün olduğunca oral yolla kullanılmalıdır. Oral alım mümkün olmaz ise bir çok alternatif alım şekli vardır. Sublingual, bukkal, rektal, transdermal, subkutan, intramuskuler, intravenöz, pulmoner, nasal, spinal ve topikal yol diğer alternatiflerdir (16). Dünyada her ülkede bu uygulama yollarına uygun ilaç formlarına ulaşmak mümkün değildir.

Yağda çözünür opioidler biyolojik membranlardan kolay emilirler. Bu amaçla en uygun ilaç fentanildir. Morfinin biyoyararlanımı düşüktür. Oral yoldan sonra, uzun süreli tedavi için en uygun seçim transdermal fentanildir (16,26). Transdermal fentanil uzun etkili oral morfinlerle eşit etkinlik sağlar. Konstipasyon yapıcı etkisi morfine göre daha düşük bildirilmektedir (27).

Opioidlerde paranteral uygulama yolu olarak intramuskuler yol kullanılmamalıdır. Bu yolla sistemik emilim değişkendir. İntravenöz ya da subkutan uygulanabilir. İntravenöz yol hızlı etki sağlar fakat damar yolu gerektirmesi nedeni ile zor olabilir. Subkutan yolla bolus şeklinde uygulama, intravenöz yolla bolus uygulamaya göre daha yavaş ve düşük etki sağlamakla birlikte subkutan infüzyon, intravenöz uygulama ile eşit etkinlik sağlar (28).

Rektal yol ya da beslenme tüpünden uygulama gibi diğer yollar daha düşük oranda kullanılmaktadır.

Kaynaklarda “breakthrough pain” ya da kaçak ağrı olarak geçen ağrılar, birden başlayan 30-45 dakika gibi kısa süreli ağrılardır. Çok şiddetli olması ve yaşam kalitesini ciddi derecede bozması nedeniyle hızlı etkili bir yolla palyasyon gerektirir. Bu amaçla paranteral morfin ya da fentanil etkili olmakla beraber, en uygun yol hızlı etkili ve kolay uygulanan oral transmukozal fentanildir (29).

Ağrı kontrol edilemez ise perkütan kateterle epidural aralığa veya pompa yerleştirilerek subaraknoidal aralığa ilaç uygulanabilir. Bu yol tolere edilemeyen yan etki geliştiğinde dozu azaltmak için de tercih edilebilir.

Doz: Orta-ağır Şiddette ağrı yakınması olan ve daha önce opioid almamış hastalara kısa etkili ilaçlarla tedavi baŐlanmalıdır. Bu ilaçlar genelde hidrokodon, oksikodon, kodein, diğer m agonistleri veya tramadoldr. Tedavi genellikle ihtiyaç oldukça temelinde başlanır. Ağrı persistan hale geldiğinde ya da sık doz gerektiğinde uzun etkili opioide geçilmeli ve düzenli tedavi verilmelidir. Kaçak ağrı için gereğinde kısa etkili ilaç eklenir. Ağrı zamanla artarsa uzun etkili ilaç dozu %25-50 oranında veya bir önceki gün gereken ek rahatlatıcı kısa etkili ilaç dozu toplamı kadar artırılır.

Kaçak ağrılarda rahatlatıcı ek ilacın hangisi olması, dozu ve kullanım aralığının nasıl olması gerektiğine dair çok az çalışma vardır. Daha çok klinik deneyime dayanarak kullanılır. Metadon ve transdermal fentanil dışında genellikle kullanılmakta olan ilacın aynısı verilir. Metadon kullanılıyorsa kurtarıcı ilaç olarak morfin gibi kısa etkili bir ilaç kullanılabilir. Doz genellikle günlük dozun %5-15 kadardır. İntravenöz uygulanıyorsa saat baŐı, oral uygulanıyorsa iki saat ara ile verilebilir. Hızlı etkili oral transmukozal fentanil diğer alternatiftir.

İlaç dozu yeterli kontrol sağlanana kadar veya tolere edilemeyen yan etki oluŐana kadar artırılmalıdır (15).

Yan etkiler: Opioid dozu arttığıa bazı hastalarda tedaviyi kısıtlayıcı yan etkiler gelişir. En önemli yan etkiler konstipasyon ve sedasyondur.

Konstipasyona tolerans geliŐmez, bu nedenle koruyucu tedavi verilmeli (uygun diyet, laksatif) yetersiz olursa ağressif Şekilde tedavi (magnesium bazlı veya bisakodil gibi stimülan laksatifler) edilmelidir.

Kanserli hastalarda sedasyon genellikle opioidlere bağlanır fakat sık kullanılan diğer ilaçlara (benzodiazepin, antiemetik vs) bağlı olma ihtimali de vardır. Opioidler düzenli kullanıldığında birkaç gün içinde sedasyona karşı tolerans gelişir. Bazı hastalarda ısrarlı olabilir, bu durumda opioid rotasyonu düşünülmelidir (16). Metilfenidat gibi psikostimülan ilaç kullanımı da bir alternatif olabilir (30).

Daha önce opioid almamış kişilerde bulantı-kusma ve kaŐıntı yakınması gelişebilir. Bulantı yan etkisi için antiemetik kullanılmalıdır. Birkaç gün içinde antiemetik gereği azalır. Sebat ederse opioid rotasyonu gerekebilir. KaŐıntı yakınması antihistaminik ilaçlarla her zaman kontrol edilemeyebilir. Böyle durumlarda fentanil, oksimorfon gibi sentetik opioidlere geçilmesi faydalı olabilir (16).

Hastanın ilaç uyumunu azaltan, doktorun yeterli opioid reçete etmesine engel olan, en korkulan yan etki solunum depresyonu ise kanserli hastalarda nadirdir. Yapılan çalışmalarda opioid alımı ile ölüm arasında ilişki gösterilmemiştir (31,32).

Opioid rotasyonu: Bir hastada opioid titrasyonu ile yeterli ağrı kontrolü elde edilemeden, başedilemeyen yan etkiler gelişmişse başka bir alternatif opioide geçmek yararlı olabilir. Başka opioide geçilirken ilaç dozu eşdeğer doz dikkate alınarak hesaplanmalıdır. Genellikle toksisite riski nedeniyle daha düşük dozda (%25-50) başlanır. Dozu ayarlarken klinik faktörler önemlidir. Mevcut yan etkiler ciddi ise doz düşürme oranı yüksek, eğer ağrı çok şiddetli ise düşük tutulur. Transdermal fentanile geçiliyorsa aynı dozda geçilir. Metadona geçiliyorsa uzun etkili olduğu ve kişiden kişiye farklı etki gösterdiği için %75-90 azaltılır. Eğer başlanılan doz yetersiz gelirse %15 artırılır (15).

Non-opioid ilaçlar:

Parasetamol: Analjezik ve antipretik bir ajandır, antiinflamatuvar etkisi yoktur. Genellikle opioidlerle beraber koanaljezik olarak kullanılmakla beraber son zamanlarda, etkinliğinin rölatif olarak azlığı ve toksisite fazlalığı (hepatik ve renal) gündeme gelmiştir. Özellikle kemoterapi gören hastalarda ilaç etkileşimi ile hepatik toksisite riski artar. Böbrek ve karaciğer yetmezliği durumunda doz azaltılmalı ya da kullanılmamalıdır (33).

Nonsteroidal antiinflamatuvar (NSAİ) ilaçlar: Prostaglandinler ve inflamatuvar mediatörlerin biyosentezini bloke ederek analjezi oluşturur. Nonselektif NSAİ'ler (aspirin, ibuprofen vs.) gastrointestinal ülserasyon, renal disfonksiyon ve platelet agregasyon bozukluğuna neden olabilirler (34). Siklooksijenaz-2 enzim inhibitörü olan selektif antiinflamatuvar ilaçlarla (celecoxib) gastrointestinal kanama riski azalır (35). Kemik metastazı ve inflamasyonla seyreden kanser ağrılarında NSAİ ilaçlar ağrı kontrolünde çok etkilidir. Opioidlere göre yan etkileri daha azdır. Orta ve şiddetli ağrılarda opioidlerle kullanılması hem etkilidir, hem de opioid dozunu azaltmaya izin verir (36). Karaciğer ve böbrek yetmezliği olan hastalarda rölatif kontrendikedir. Nonselektif NSAİ ilaçlar kanama riski oluşturmaları nedeniyle kullanılmamalıdır.

Adjuvan analjezik ilaçlar:

Bu grupta yer alan en önemli ilaçlar trisiklik antidepresanlar ve antiepileptiklerdir.

Trisiklik antidepresanlar: Norepinefrin ve serotonin'in geri alımını inhibe ederek analjezi oluştururlar. Kanser ağrısında yapılmış, sonucu pozitif, kontrollü bir çalışma olmamakla birlikte,

diabetik nöropati ve kanser dışı diğer nöropatik ağrılarda yapılan çalışma sonuçları başarılı olduğu için kansere bağlı nöropatik ağrıda da etkili olacağı kabul edilmektedir (37,38). Bir konsensus raporunda nöropatik ağrıda birinci sırada kullanımı önerilmektedir (39). Kardiak aritmi, dar açılı glokom, ciddi prostat hipertrofisi olan hastalarda rölatif kontrendikedir. Uyku verici ve mood yükseltici etkileri fayda sağlayacak etkiler olarak düşünülmektedir (16).

Antiepileptikler: Kanser ağrısında en yaygın kullanılan antiepileptik ilaçlar gabapentin ve pregabalindir. Bu ajanların nöropatik ağrıda etkili olduğu gösterilmiştir. Adjuvan analjeziklerin genelinde olduğu gibi bu ilaçlar da, özellikle orta-ciddi kanser ağrısında opioidlerle kombine kullanılır. Opioidlere eklendiklerinde 4-8 gün içinde ek iyileşme sağlarlar (40).

Kortikosteroidler: Nöropatik ağrı, pleksopati, karaciğer metastazlarında kapsül gerilmesine bağlı oluşan ağrılarda ve beyin metastazlarına bağlı baş ağrısında uzun süredir kullanılmaktadır. Kemik ağrılarında ve intestinal obstruksiyona yol açan tümöral olaylarda da etkili ilaçlardır. Mineralokortikoid etkisi en düşük ilaç deksametazondur. Oral, parenteral ve epidural yolla uygulanabilir. Standart doz aralığı 4-24 mg/gün'dür. Uzun dönem kullanım miyopati ve osteoporoza yol açabilir (41).

Lokal anestezipler: İnvaziv işlemlere bağlı ağrı ve nöropatik ağrıyı rahatlatmada kullanılır. Topikal, intravenöz, subkutan ya da spinal yolla uygulanabilirler. Epidural veya intratekal yolla uygulanan lidokain ve bupivakain nöropatik ağrı kontrolünde faydalı olabilir (42).

Ketamin, opioidlere eklendiğinde opioid dozu ve toksisitesinin azaltılmasında yararlı bir ajandır. Oral, parenteral epidural ve intratekal yolla uygulanabilir (16).

Bisfosfonatlar: Osteoklast ilişkili kemik resorpsiyonunu inhibe ederek kemik metastazlarına bağlı ağrıda yarar sağlayabilir (43). Pamidronat ve zoledronik asitin metastatik kemik ağrısına etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (44,45). Bir çalışmada zoledronik asitin pamidronattan daha etkili olduğu gösterilmiştir (46). Eski ajanlardan klodronat ve sodyum etidronatın belirgin bir etkisi gösterilememiştir. Bisfosfonatların en önemli yan etkisi çene kemiğinde osteonekrozdur. Özellikle yakın zamanda diş çektiren ya da dental cerrahi geçirenlerde risk daha fazladır (47).

Antitümör tedaviler:

özellikle kemik metastazına yönelik uygulanan radyoterapi ağrı palyasyonunda yararlıdır.

Girişimsel yöntemler:

Kanser ağrısında %10-15 oranında medikal tedavilerle kontrol sağlanamaz. Bu durumda girişimsel yöntemler denenmelidir. Konservatif tedavilerle ciddi yan etkiler oluştuğunda da girişimsel yöntemler düşünülmelidir.

Sinir blokları, sempatik kökenli ağrılarda, radyofrekans termokoagulasyon konservatif tedaviye yanıt vermeyen, sabit lokalizasyonlu ağrısı olan hastalarda düşünülebilir. Perkütan epidural ve intratekal kateterler, subkutan kateterler, port rezervuar sistemleri ve pompalarla intraspinal opioid uygulaması kontrol edilemeyen ağrılarda faydalı tedavi yaklaşımlarıdır (16,17).

Nöropatik ağrı:

Kontrolü daha zor olan ağrı türüdür. Tümöre bağlı sinir kompresyonu ile ya da eşlik eden komorbid durumlar (diabetik nöropati, radikülopatiyeye bağlı kronik ağrı, postherpetik nevralji) nedeniyle gelişir. İlk olarak opioid tedavisi denir. Yanıt iyi değilse adjuvan analjezik eklenir. Kortikosteroidler veya spesifik antikonvülzan ve antidepresanlar bu amaçla kullanılacak ilaçlardır. Dekametazon en çok kullanılan kortikosteroiddir. Komorbid depresyon yoksa gabapentin, varsa antidepresanlar opioid tedaviye eklenebilecek ilaçlardır (16). İlerlemiş hastalığı olan kişilerde parenteral yolla lidokain veya ketamin infüzyonu yapılabilir (48,49). Bu ilaçları güvenli uygulanabilmesi deneyimli bir ekiple mümkündür.

Palyatif sedasyon:

Yaşamın son döneminde tedaviye dirençli semptomların varlığında palyatif sedasyon uygulanabilir. Bu tedavinin amacı, bilinç düzeyini azaltarak yaşamın son döneminde yaşanan ızdırabın hissedilmesini önlemektir. Medikal durum çok iyi değerlendirildikten, hasta ve yakınları bilgilendirilip onayları alındıktan sonra uygulanmalıdır. Palyatif sedasyon klinisyen yardımcı ötonazi ile karıştırılmamalıdır (50). Bu amaç için en yaygın kullanılan ilaçlar midazolam başta olmak üzere benzodiazepinlerdir (15).

Kanser ağrısının tedavisinde genel yaklaşım tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo2: Kanser ağrısı tedavisinde genel yaklaşım.

Başlangıç tedavisi	
Ağrıya yönelik Non-opioid analjezik Adjuvan analjezik Zayıf opioidler	Tümöre yönelik

Lokal anestezi blokları Fiziksel tedaviler Psikolojik destek	Radyoterapi Kemoterapi Cerrahi
Ağrı kesilmedi Kuvvetli opioidler+non-opioidler+adjuvan analjezikler Girişimsel tedavi yöntemleri	

DİSPNE

Tanım ve önemi:

Dispne; hava açlığı, nefes alma çabasının artması, göğüste sıkışıklık hissi, hızlı soluma, boğulma hissi gibi farklı tanımlamalarla ifade edilen çok yönlü bir semptomdur. Fiziksel yönü olduğu kadar bir algı sorunudur. Bu nedenle varlığı ve ciddiyeti fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile direkt ilişkili değildir. Amerikan Toraks Derneği dispneyi “farklı ağırlıkta, kalitatif olarak farklı duyular içeren solunum rahatsızlığı ile seyreden subjektif deneyim” olarak tanımlamaktadır (51). Dispne yakınması olan hastalarda solunum sayısında artma, oksijen saturasyonunda düşme, kan gazı analizinde anormallik gibi objektif kriterler her zaman saptanamayabilir ve böyle durumlarda tamamen hastanın ifadesine dayanır.

Dispne ilerlemiş, yaşamı tehdit eden hastalıklarda sık görülen bir semptomdur. Akciğer kanserli olgularda tanı anında %15, ilerleyen dönemde %65 oranında dispne bildirilmiştir. Hastalığın ilerlemesi ile dispnenin ciddiyeti artar (52,53). Bir prospektif çalışmada evre III-IV hastalarda %32 oranında ciddi dispne gözlenmiş, ölüme yakın dönemde bu oranın %90'a çıktığı saptanmıştır (54). Kronik obstruktif akciğer hastalığında da (KOAH) dispne prevalansı çok yüksek olup bir sistematik derlemede %90'nın üzerinde bulunmuştur (55). Başka bir çalışmada, KOAH hastalarında ölüme yakın dönemde dispne kontrolünün akciğer kanserinden daha kötü olduğu bildirilmiştir (56). Özellikle hastalığın son döneminde ciddi dispne yakınması olan hastalara yaklaşım büyük önem taşımaktadır.

Psikolojik ve sosyal etkisi:

Dispne yaşam kalitesini bozan önemli bir nedendir. Dispneik hasta aktivite düzeylerinde azalma sonucunda sıklıkla sosyal yönden izole olur. Özellikle terminal dönem kanser hastalarında yaşama isteğini etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Dispne hastayla birlikte yakınlarına ve sorumlu tıbbi personele de ciddi sıkıntı ve çaresizlik hissi verir. Palyatif sedasyon gerektiren ikinci en önemli semptomdur. Kötü prognozla ilişkili olup beklenen yaşam süresi kısadır. Bir çalışmada nefes darlığı olan son dönem kanser hastalarında ortalama yaşam süresi 30 günden kısa bulunmuştur.

Dispnenin değerlendirilmesi:

Yaşamın son döneminde dispnesi olan hastaların dispnenin şekli, ağırlığı, etkileri ve yarattığı sıkıntı açısından çok yönlü değerlendirilmesi gerekir. Alttaki patoloji dispne hissinin şeklini etkileyebilir. Örn; kalp yetmezliğinde hava açlığı ve boğulma hissi şeklinde olurken, hava yolu hastalıklarında nefesini tam verememe, göğüste sıkışıklık hissi gibi tanımlanabilir. Dispnenin ağırlığını saptamada en sık kullanılan yöntemler numerik skalalar (1-10 arası) ya da görsel analog skalalarla (1-100 mm arası) yapılan ölçümlerdir. Solunum sayısının artması ya da yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması dispnenin ağırlığı ile her zaman paralellik göstermeyebilir. Dispneye müdahale ederken yarattığı aktivite kısıtlaması ve sıkıntı düzeyi de önem taşır.

Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri (pulse oksimetri, arter kan gazı, solunum fonksiyon testi, akciğer grafisi) dispneyi değerlendirmede, dispnenin varlığını saptamak için yardımcı olmasada nedenini saptamak için uygulanır (57).

Akciğer kanserli hastalarda dispne bir çok nedenle oluşabilir. Bu nedenler 5 sınıfta incelenebilir. 1) Akciğer kanserinin solunum sisteminde yayılımı ve direk tümör etkisi, 2) Akciğer kanserine bağlı indirek solunumsal komplikasyonlar (obstruktif pnömoni, plevral ve perikardiyal effüzyon, vena kava süperior sendromu gibi), 3) Akciğer kanserinin tedavisine bağlı spesifik sorunlar (radyasyon pnömonisi, kemoterapi ilaçlarının pulmoner toksisitesi, anemi gibi), 4) Akciğer kanserli hastalarda sık görülen solunumsal komplikasyonlar (pulmoner emboli, akciğer enfeksiyonu gibi), 5) Eşlik eden hastalıklar (KOA, kalp yetmezliği, geçirilmiş pulmoner rezeksiyon, malnutrisyon gibi) (58).

Dispne semptomu olan bir hastada yukarıda belirtilen nedenlerin tamamı göz önünde bulundurulup hızlı bir şekilde etiyoloji saptanmalıdır. Etiyoloji saptanabilirse buna yönelik spesifik tedavi uygulanmalıdır. Spesifik bir neden saptanamazsa veya nedene yönelik palyatif tedavi yapıldığı halde yanıt alınamayıp orta ya da ciddi derecede dispne devam ederse non-farmakolojik tedavi yöntemleri denenmeli, yetersiz kaldığı durumlarda farmakolojik tedaviler eklenmelidir (58,59).

Dispne tedavisi:

Nonfarmakolojik tedavi yaklaşımları:

Oksijen tedavisi: Dispnenin palyatif tedavisinde oksijen tedavisi en çok uygulanan yöntem olmakla beraber etkinliğini gösteren çok sınırlı sayıda çalışma vardır. Yapılan küçük bir çalışmada ileri evre, dispne hissi olan 14 kanser hastasında 5lt/dk oksijen tedavisi, oda havası uygulaması ile karşılaştırıldığında 12 hastanın oksijeni tercih ettiği görülmüştür (60). İstirahat dispnesi olan hipoksemik ileri evre kanser hastalarında suplemental oksijen tedavisinin kısa dönem etkisinin değerlendirildiği 4 çalışmanın ikisinde dispnede anlamlı düzelme izlenirken diğer iki çalışmada etkisi gösterilememiştir (61-64). Nonhipoksemik olgular üzerinde yapılan çalışmalarda oksijen tedavisinin oda havasına üstünlüğü görülmemiştir (65).

Sonuç olarak hipoksemik kanser hastaları ve ileri dönem akciğer hastalığı olanlarda oksijen tedavisi etkinliğine yönelik çalışma sonuçları çelişkilidir. Nonhipoksemik dispneik olgularda ise oksijen tedavisinin etkinliğini gösteren çalışma yoktur. “American College of Chest Physicians” ’in (ACCP) kanıta dayalı rehberinde istirahatte ve minimal aktivite ile hipoksemik, ileri dönem hastalığı olan olgulara oksijen tedavisi uygulaması önerilmektedir (66).

Noninvazif pozitif basınçlı ventilasyon (NPBV): Solunum kaslarındaki yükü ve dolayısıyla solunum işini azaltarak dispne hissini azaltmak amacı ile uygulanır. Yapılan sistematik derlemelerde ileri evre KOAH’lı hastalarda NPBV ile dispne algısında azalma olduğu bildirilmiştir (67,68). Ciddi dispnesi olan son dönem kanser hastalarında palyatif tedavide kullanımı tartışmalıdır. Yapılan kontrollü bir çalışmanın ön raporunda ciddi solunum yetmezliği olan kanser hastalarında pasif oksijen tedavisinden daha etkili olduğu bildirilmiştir (69). Buna karşılık son dönem kanser hastalarının bu tedaviye uyum sağlamaları zordur. Ölüm sürecini uzatma riski vardır. Tedaviye başlamadan önce amaç, sürdürme kriterleri ve sonlandırma planı belirlenmelidir (70).

Solunum teknikleri: Büzük dudak solunumu ve diyafragmatik solunum, solunum hızının kontrolü sağlayarak dispne hastalarda faydalı sonuçlar elde edilmesini sağlar. Fonksiyonel rezidüel kapasite azalır, solunum kaslarının gücü artar, diyafragmanın işi azalır, tidal volüm ve alveoler ventilasyon artar. Kan gazı bulgularında düzelme sağlanır. Bu solunum tekniklerinin etkisi daha çok KOAH'ta gösterilmiştir (71-73). Akciğer kanserinde etkisini kanıtlayan çok fazla çalışma olmamakla birlikte fizyolojik etkiler düşünüldüğünde bu hasta grubunda da faydalı olacağı düşünülmektedir. Akciğer kanserli hastalarda solunum tekniklerinin etkinliğini göstermeye yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır. Basit ve maliyet-etkin bir yöntem olduğu için dispne yakınması olan, uygun her hastaya öğretilmesi ve denenmesi önerilmektedir (74).

Pozisyon: Bazı pozisyonlarda hastaların dispne hissi azalmaktadır. Bu pozisyon hastadan hastaya değişmekle beraber genelde transdiyafragmatik basıncı azaltmaya, bunun sonucunda akciğer ekspansiyonunu artırıp gaz değişimini artırmaya yöneliktir. Pozisyonla ilgili çalışmalar da KOAH'lı hastalarda yapılmakla beraber kanserli hastalarda rahat ettikleri pozisyon yönünden değerlendirilip yönlendirilmelidir.

Egzersiz: Dispneli hastalar dispnelerinin artacağı korkusu ile genelde sedanter bir hayat yaşarlar. Bu yaşam tarzı kondüsyon bozukluğunda progresyona, sonuçta da fonksiyon kaybı, izolasyon ve ölüme yol açar. Bu nedenle kanserli hastalara düzenli egzersiz programı önerilmelidir. Alt ve üst ekstremitelerde egzersizlerinin dispne hissini azalttığı gösterilmiştir. Bu konuda gerekirse bir fizyoterapist ile işbirliği yapılmalıdır.

Diğer destek yaklaşımlar: Hastalar enerji konservasyonu ve yaşam şeklini basitleştiren, kolaylaştıran bazı yöntemler kullanmaya yönlendirilmelidir. Yaşadığı ortamın fiziksel özellikleri dispne hissini azaltmaya yönelik şekillendirilmelidir. Geniş, dışarıyı gören bir oda ve serin ortam dispne hissini azaltır. Ortamı serinletmek amacıyla bir cam açılabilir veya hastanın yüzüne yönlendirilmiş, düşük ayarlı bir fan kurulabilir (58,74). Soğuk fasiyal stimülasyonun normal kişiler ve kronik dispnesi olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda etkili olduğu gösterilmiştir. Yüz bölgesinde bulunan mekanoreseptörlerin uyarılması veya cilt yüzeyindeki ısının düşmesi trigeminal sinirin 2. ve 3. kolunu uyarır. Bu durum nefes darlığı üzerinde santral inhibisyon oluşturur ve dispne algısı azalır (75,76).

Bir diğer önemli konu nutrisyondur. Malnutrisyon solunum kaslarını ve egzersiz performansını etkiler. Bu nedenle her hasta beslenmesi yönünden değerlendirilmeli, kalori ihtiyacı ve öğünleri ayarlanmalıdır (74).

Farmakolojik tedavi yaklaşımları:

Bronkodilatörler: Kısa etkili beta-2 agonistler, antikolinerjikler ve inhale kortikosteroidler dispnesi olan akciğer kanserli hastalarda sık reçete edilmektedir. Akciğer kanseri direkt olarak bronkospastik hastalığa yol açmaz. Fakat hastaların çoğunda yoğun sigara öyküsü olması nedeni ile obstrüktif akciğer hastalığı da tabloya eşlik etmektedir. Daha önce tanı almamış hastalarda akciğer kanserinin KOAH semptomlarını ve hastalığı provake ettiği görülmüştür. Bir çok çalışmada, bronkodilatör tedavinin akciğer kanserli hastalarda faydalı olmadığı belirtilse de özellikle KOAH eşlik eden hastalarda bronkodilatör ilaçların göz ardı edilmemesi gerekir (58,59).

Sistemik steroidler: Sistemik steroidlerin akciğer kanserli hastalarda dispne tedavisindeki yeri oldukça sınırlıdır. Birlikte hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda, hava yolu mukozasındaki inflamasyonu ve mukus sekresyonunu azaltarak etkili olabilir. Ayrıca uygulanan tedaviye yani radyoterapi ya da antineoplastik ajanlara bağlı pulmoner toksisite mevcutsa tedavide yer alır (58).

Diüretikler: Diüretikler son dönem kalp yetmezliğine bağlı dispnede konjesyonu azaltarak faydalı olabilirler. Dispne palyasyonunda nebülize furosemid uygulamasına ilgi giderek artmaktadır. Ön çalışma sonuçları cesaret verici olmakla beraber etki mekanizması tartışmalıdır ve bugün için rutin uygulamaya girmesi için yeterli kanıt yoktur. Daha güçlü randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (77).

Opioidler: Dispnenin semptomatik tedavisinde en iyi tanımlanmış, ilk sırada yer alan ilaçlar opioid agonistleridir (78). Özellikle ilerlemiş akciğer kanserli olgularda, ileri derecede hava yolu obstrüksiyonu veya kalp yetmezliğine bağlı dispne tedavisinde kullanılırlar. Opioidlerin dispne hissini azaltmasında farklı mekanizmalar rol oynar. Ventilasyon, oksijen tüketimi, santral reseptörlerde hiperkapniye duyarlılık azalır. Periferik kemoreseptörlerde ise hipoksemiye duyarlılığı azalttığı düşünülmektedir. Morfinin anksiyolitik etkisi de anksiyetenin neden olduğu dispne hissini azaltmaktadır. Vazodilatasyona bağlı oluşan hipotansiyon önyükü azaltarak pulmoner konjesyona bağlı dispneyi azaltır.

Opioidlerin dispne tedavisinde yararını ortaya koyan, çoğu malign olmayan hastalıklarda yapılmış birçok randomize çalışma bulunmaktadır. Dokuz randomize çalışmanın ele alındığı meta-analizde sistemik opioidlerin istatistiksel olarak nefes darlığı hissini azalttığı gösterilmiştir (79). Daha sonra yapılan çalışmalarda da bu meta-analizle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (80,81).

Kodein, dihidrokodein, diamorfin ve oral transmukozal fentanilin de etkinliği gösterilmekle beraber en çok çalışılan ilaç morfindir.

Opioidlerin solunum depresyonu yapma riski olması nedeniyle dispne tedavisinde güvenilirlikleri tartışma konusu olmuştur. Opioid sonrası kan gazı ve/veya oksijen saturasyonuna bakılmış çalışmaların hiçbirisinde saturasyonda düşme saptanmamış, sadece bir çalışmada karbondioksit basıncında artış (40 mmHg'ı aşmayan) bildirilmiştir. Hiçbir çalışmada opioid kullanımına bağlı mortalite artışı görülmemiştir. Beraberinde ağrısı olan hastalarda ağrı palyasyonu sağlanmış, bulantı, konstipasyon ve drowsiness en sık yan etkiler olarak saptanmıştır (79).

Opioidler oral, parantral ya da nebülizer yolla uygulanabilir. En çok tercih edilen opioid oral morfindir. Etki süresi kısa olduğu için 4 saat aralıklarla uygulanması önerilmektedir. Aralıklı tedaviye yanıt alınamayan hastalarda sürekli intravenöz infüzyon yapılabilir. En önemli yan etki olan ciddi sedasyon ve solunum depresyonuna dikkat etmek gerekir. Dispne tedavisinde önerilen opioid dozları tablo 3'de verilmiştir (78).

Tablo 3: Dispne de opioid tedavisi (78).

Daha önce opioid kullanmayan orta derecede dispneik hasta

Tedavi seçenekleri

Hidrokodeon 5mg/4h oral

Kodein 30 mg/4h oral

Semptom oldukça ihtiyaa göre 1-2 saatte bir eşdeğer dozda ilave tedavi

Daha önce opioid kullanmayan ciddi dispneik hasta

Tedavi seçenekleri

Morfin sülfat 5mg/4h oral

Oksikodon 5 mg/4h oral

Hidromorfon 1mg/4h oral

Semptom oldukça ihtiyaa göre 1-2 saatte bir eşdeğer dozda ilave tedavi

Her 24 saatte bir ihtiyaç oldukça %50-100 doz artışı

KOAH gibi ciddi pulmoner hastalıklarda yukarıda belirtilen dozların %50'si başlanır, doz artırımında daha konservatif olunmalıdır (%25/24h)

Daha önce opioid kullanan hasta

Başlangıç opioid dozları yukarıdakilerden %25-50 yüksek tutulmalı

Nebülize opioid: Opioid reseptörleri solunum yollarında yükek oranda tesbit edildiği için opioidlerin nebülize yolla uygulanması gündeme gelmiştir. Daha fazla etkinlik ve daha az sistemik etki oluşturacağı düşüncesi ile çalışmalar yapılmıştır. Başlangıçta kontrollü olmayan çalışmalar ve olgu raporları ümit vadedici sonuçlar vermekle beraber, iki randomize çalışmada nebülize morfinin salin solüsyonundan daha iyi olmadığı gösterilmiştir (82,83). Günümüzde nebülize opioidlerin dispneyi rahatlatmadığı kabul edilmekte ve önerilmemektedir.

Anksiyolitikler: Dispne anksiyetenin rolü tam olarak anlaşılammakla birlikte, dispne anksiyeteye, anksiyete de dispne hissinde artışa yol açmaktadır. Anksiyolitiklerin dispne tedavisinde etkinliği ile ilgili çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Dispne tedavisinde ilk sırada kullanımı önerilmemekle beraber özellikle anksiyete ve solunum paniği olan hastalarda doza dikkat ederek kullanıldığında faydalı olabilirler. Önerilen dozlar lorazepam 0.5-1 mg/6s veya diazepam 5-10 mg/6s'dir. Daha hızlı etki için midazolam 2.5-5 mg/IV, IM veya subkutan uygulanabilir (84,85). Özellikle yaşamın son döneminde opioid yanına ilave edilecek en uygun ilaç parenteral midazolamdır.

ÖKSÜRÜK

Öksürük semptomu akciğer kanseri ve benign nedenli kronik akciğer hastalıklarında sık görülen bir semptomdur. Kronik ve ısrarcı olduğunda yaşam kalitesini ciddi oranda etkiler. Hastanın konuşma, yemek yeme, uyuma gibi günlük aktivitelerini etkileyen şiddetli öksürük, aritmi, hipotansiyon, pnömotoraks, kot kırıkları, idrar inkontinansı gibi komplikasyonlara da neden olabilir. Böyle hastalarda öksürüğü tamamen kesmek her zaman mümkün olmasa da palyatif tedavi ile belirgin düzelme sağlanabilir (58).

Akciğer kanserinde %65'in üzerinde olguda öksürük, %25'in üzerinde produktif öksürük yakınması gözlenir. Öksürük reseptörleri büyük hava yollarında daha yoğun olduğu için özellikle santral yerleşimli tümörlerde daha ciddi bir sorun olarak gözlenir. Kanserli hastalarda öksürük nedenleri; direk hava yolu irritasyonu dışında, parankimal metastazlar, lenfajitis karsinomatosa, obstruktif pnömoni, plevral sıvı, atelektazi, süperiyor vena kava sendromu gibi kanserle ilişkili gelişen sorunlar, radyoterapi ve kemoterapiye bağlı pulmoner toksisite, pulmoner emboli, enfeksiyon gibi diğer akciğer komplikasyonları, KOAH, kalp yetmezliği, gastroözefagial reflü gibi komorbid sorunlardır (58, 86).

Öksürük yakınması olan akciğer kanserli hastalarda öncelikle öksürüğün nedeni araştırılmalıdır. Direk tümörle ilişkili öksürükte antitümöral tedavi önemlidir. Palyatif radyoterapi ile %50'nin

üstünde öksürük kontrolü sağladığı gösterilmiştir (87). Platin bazlı kemoterapi ile de öksürük semptomunda palyasyon sağlanabilmektedir (88). Olgular antitümoral tedavinin yanı sıra, öksürüğün yukarıda belirtilen nedenleri açısından değerlendirilmeli, özellikle bir komorbid neden varsa buna yönelik spesifik tedavi yapılmalıdır. Öksürük direk endobronşiyal tümörle ilgili ve küratif tedavi şansı yok ise, palyatif amaçlı endobronşiyal tedaviler yarar sağlayabilir. Yapılan çalışmalarda farklılık göstermekle beraber özellikle brakiterapi ile %80'nin üstünde öksürük palyasyonu bildiren çalışmalar mevcuttur (89,90). Endobronşiyal tedavi ile tümör tamamen ortadan kaldılamayacağı ve kısa sürede nüks olacağı için, birlikte nefes darlığı ya da hemoptizi yakınması eşlik etmiyorsa, sadece öksürük palyasyonu için öncelikle endobronşiyal tedavi önerilmez (91).

Direk tümörle ilgili olup antitümöral tedaviye yanıtız kanser olgularında, ya da benign son dönem akciğer hastalığına eşlik eden öksürük varlığında farmakoterapi gerekir.

Antitüsif ilaçlar:

Nonopioid antitusifler: Kanser hastalarında görülen ısrarcı öksürükte etkinlikleri zayıftır. Düşük oranda kontrol sağlarlar. Santral etkili olan dekstrametorfan günde 4-6 kez 10-20mg dozda uygulanır. Periferik etkili antitusifler içinde en etkili olanlardan birisi levodropropizin'dir. Kodeine yakın etkisi vardır. Yapılan bir çalışmada günde 3 kez 75 mg, oral yolla kullanıldığında kodein kadar etkili olduğu ve daha az somnolansa yol açtığı saptanmıştır (92). Periferik etkili diğer ilaç benzonatate ise nadiren opioide dirençli olgularda etkili olabilmektedir. Günlük doz 100-450 mg'dır (93).

Opioidler: Akciğer kanserine bağlı öksürüğü süprese etmede en etkili ilaçlardır. En çok tercih edilen opioid hidrokodeindir. Yüksek doz kullanıldığında hipoventilasyona neden olabilir. Diğer opioidler (morfin, methadon vs) yan etkileri daha fazla olduğu için tek başına öksürük yakınması olan hastalarda önerilmemektedir. Kodein'in günlük dozu 4-6 saat ara ile bölünmüş dozlarda toplam 30-60mg'dır. Hidrokodein'in ise maksimum dozu 30mg/gündür.

Kortikosteroidler:

Özellikle akciğer kanserine eşlik eden öksürükte kortikosteroidlerle yapılmış bir çalışma yoktur. Radyasyon toksisitesine bağlı öksürüğü olan hastalarda yüksek dozda kullandıklarında etkili olabilirler.

Lidokain:

Nebülizer yolla uygulandığında öksürüğe etkisi olduğu bilinmekle beraber akciğer kanserine bağlı öksürükte lidokainle yapılmış bir çalışma yoktur. Opioidlere yanıt vermeyen öksürükte denenebilir (58).

BESLENME BOZUKLUĞU

Beslenme bozukluğu, başta KOAH olmak üzere kronik solunum yetmezliği ile seyreden hastalıklarda, akciğer kanserinde ve özellikle yoğun bakımda takip gerektiren yatan hastalarda sık görülen bir sorundur. Hastalığa bağlı artmış enerji tüketimi ve bunun beslenme ile karşılanamaması ile zaman içinde progresif kilo kaybı gelişir. Kilo kaybı ve kaşeksi yaşam kalitesini ve sağ kalımı etkileyen önemli bir faktördür. Bir çok çalışmada normalin altında kiloya sahip KOAH'lı hastalarda prognozun kötüleştiği gösterilmiştir (94,95). Akciğer kanserli hastalarda da kaşeksi kötü prognostik özelliklerden birisidir. Uygulanacak tedavilerin sonucuna doğrudan etki eder. Fearon ve ark.'ınca belirlenen kaşeksi tanı kriterleri tablo 4'de verilmiştir (96).

Tablo 4: Kaşeksi sendromu tanı kriterleri (96).

Son 6 ayda kilo kaybının >%5 olması veya
Vücut kitle indeksinin <20 ve kilo kaybının >%2 olması veya
“Appendicular” iskelet kas indeksinin sarkopeni ile uyumlu (erkekler<7.26 kg/m ² , kadınlar <5.45 kg/m ²) ve kilo kaybının >%2 olması

Beslenmenin değerlendirilmesi ve desteklenmesi palyatif tedavinin önemli unsurlarından birisidir. Beslenmenin değerlendirilmesinde bir çok yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; “malnutrition universal screening tool”, “nutritional risk screening 2002”, “mini nutritional assessment”, “short nutritional assessment questionnaire”, “malnutrition screening tool” ve “subjective global assessment” testleridir. “Subjective global assessment” testinde kilo kaybı miktarı, başvurudan önceki beslenme durumu, hastalığın ciddiyeti, komorbiditeler ve gastrointestinal sistemin fonksiyonu değerlendirilir (97). Malnutrisyonu saptamada yardımcı biyokimyasal belirteçler ise albumin, prealbumin, “retinol binding protein” ve transferrindir. Tüm bunlar değerlendirilerek hasta; 1-İyi besleniyor, 2-Orta decede malnütrisyonlu, 3-İleri derecede malnütrisyonlu olarak skorlanır. Beslenme bozukluğu saptanan hastalara beslenme desteği yapılması kararı verilirken, hastalığın beslenmeye etkisi ve beslenme desteği ile hastalığın gidişine ya da yaşam kalitesine katkı sağlanıp sağlanamayacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

Yaşamın son döneminde bulunan hastalara beslenme desteği uygulanması zorunlu değildir. Son dönemi uzatmak zarar getirebilir. Bu durumda hasta yakınları ile görüşülerek planlama yapılmalıdır.

Beslenme tedavisi planlanırken ağız yolu ile beslenme öncelikli olmalıdır. Hasta için uygun gıdalarla diyet düzenlenip oral alım zorlanmalıdır. Doğal beslenme en kolay ulaşılabilecek, en ucuz yöntemdir (98). Tüm zorlamalara rağmen doğal beslenme yeterli olmuyorsa, sindirim sisteminin fonksiyonelliğine göre enteral ya da parenteral beslenme desteği başlanır. Beslenme bozukluğu saptanan hastaya yaklaşım için farklı öneriler mevcuttur (99,100). Önerilen bir algoritma şekil 1’de verilmiştir (101).

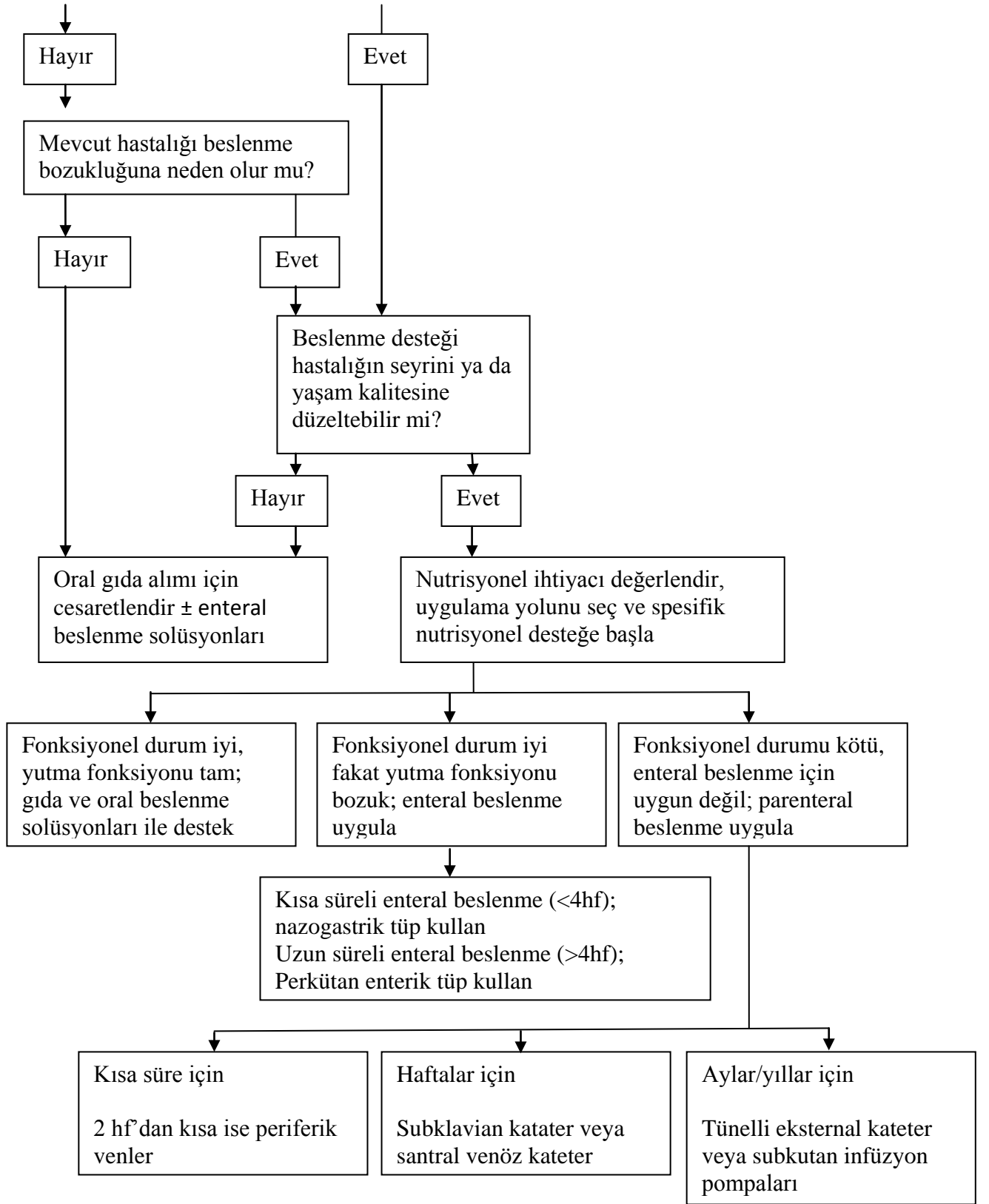
Enteral beslenme desteği için belirlenen beslenme solüsyonları, hastanın durumuna göre, oral yolla ya da enteral tüple uygulanabilir (98). Enteral beslenme uygulanan hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar yönünden dikkatli olunmalıdır (tablo 5). Enteral beslenme solüsyonlarının çeşitleri ve endikasyonları tablo 6’da gösterilmiştir (101).

Parenteral beslenme desteği uygulaması daha zor ve pahalı bir yöntemdir. Ağızdan beslenemeyen ve gastrointestinal traktusun kullanılmadığı hastalarda sorun geçici ise veya makul bir yaşam beklentisi varsa uygulanmalıdır (102). Parenteral beslenmenin komplikasyonları tablo 7’de verilmiştir (101).

Enteral ve parenteral beslenme uygulanan hastalar yakın takip edilmelidir. Enteral beslenmede beslenme tüpleri, parenteral beslenmede kateter yerleri komplikasyonlar yönünden gözden geçirilmelidir. Dehidratasyon ya da volüm yüklemesi olup olmadığı değerlendirilmelidir. Beslenme desteğine başlamadan önce tam kan sayımı, glukoz, üre, elektrolitler, magnezyum, fosfat, kalsiyum, albumin, karaciğer fonksiyonları, demir, vitamin B₁₂, vitamin D, çinko, bakır, folat ve INR değeri ölçümü yapılmalıdır. Tedavi süresince başlangıçta günlük sonrasında haftalık kan sayımı, üre elektrolit, glukoz, magnezyum, fosfat, karaciğer fonksiyonları, kalsiyum ve albumin takibi yapılmalıdır. Uzamış beslenme desteğinde ise demir, ferritin, vitamin B₁₂, vitamin D, çinko, bakır, folat değerleri kontrol edilmelidir (101,102).

Parenteral beslenme desteğinde daha fazla olmakla birlikte, enteral ve oral beslenme desteğinde de görülebilen yeniden beslenme sendromu uygun tedavi edilmez ise yaşamı tehdit edebilir. Yüksek karbonhidratla hızlı beslemeye bağlı olarak katabolik süreç anabolik süreç döner. Bu durumda insülin salınımı artar; hücre içine potasyum, fosfat, magnezyum alımı artar ve su retansiyonu olur. Ciddi hipofosfatemi, hipokalemi, hipomagnezemi ve ödem gelişir. Bu elektrolitlerin moniterize edilmesi ve düzeltilmesi önemlidir. Riskli hastalarda beslenme ihtiyacının üç ya da dörtte biri ile başlanıp 5-8 günde kademeli olarak artırılmalıdır (101).

Hastada beslenme bozukluğu var mı?



Şekil 1: Beslenme desteği uygulamada önerilen algoritma (101).

Tablo 5: Enteral beslenmede oluşabilecek komplikasyonlar (101).

Komplikasyon	Yorum	Önlem/tedavi
--------------	-------	--------------

Aspirasyon pnömonisi	Sıklığı değişken, tanımlanma şekline göre %1-44 arasında	30 derece açı ile yatırmak. Yüksek aspirasyon riski varlığında postplörük tüp takmak.
Beslenme tüpü ile ilişkili komplikasyonlar	Nazofarengial erozyon ve rahatsızlık, sinüzit, otit, özofajit, özefagial reflü, trakeoözofagial fistül, özofagial varis rüptürü, tüpte tıkanma, gastrostomi veya jejunostomi tüplerine bağlı pilor veya ince barsakta mekanik tıkanma Perkütan tüpte kaçak, yara yeri enfeksiyonu, intraperitoneal yerleştirme	Periyodik olarak beslenme tüpünün yerini kontrol etmek Tıkanmayı önlemek için her beslenme ve ilaç uygulaması sonrası su ile yıkamak Tıkaçları çözmek için ılık su ve dijestif enzim kullanmak Problem çözülmez ise tüpü değiştirmek
İshal	%5-65 oranında en sık görülen komplikasyon Hazır solüsyonların içerdiği sorbitol, antibiyotik kullanımı, psödomembranöz enterokolit, liften fakir yağdan zengin beslenme içeriği nedeniyle	Beslenmeyi azaltıp sonra yavaşça artırmak Antidiyareik ilaç eklemek Mevcut beslenme formülüne fiber eklemek
Metabolik komplikasyonlar	Sıvı ve elektrolit inbalansı, hiperglisemi, eser element eksikliği, vitamin K eksikliği, hipertonic dehidratasyon	Laboratuvar takibi ve erken dönemde saptanarak eksiklerin tamamlanması Özellikle kalp, böbrek ve karaciğer yetmezliği olanlarda yakın takip

Tablo 6: Enteral beslenme formüllerinin çeşitleri (101)

Tip (Örnek)	Açıklama
Polimerik, standart (Ensure, İsocial)	Kullanım; yeterli besin ve kalori alamayan, gastrointestinal sistemi normal olan hastalar.
Polimerik yüksek kalori (Deliver 2.0, Novasource 2.0, Nutren 2.0)	Kullanım; sıvı kısıtlaması gereken hastalar (kalp yetmezliği uygunsuz antidiüretik hormon salınımı), Yüksek kalori ihtiyacı olanlar (travma, kritik hastalık).
Polimerik, yüksek protein	Kullanım; hiperkatabolik hastalar (kanser),

(Ensure plus, İsocial HN)	yüksek protein ihtiyacı olanlar, yara iyileşmesi beklenenler.
Polimerik, fiberli (Ensure fiberli, Fibersource HN)	Kullanım amacı; barsak hareketlerinin regülasyonu; kısa dönem enteral beslenmede ishali, uzun dönem beslenmede diyareyi önlemek.
Oligomerik (Criticare HN, Perative)	Kullanım; malabsorbsiyon ve pankreatik yetmezlikte. Pahalı ve yüksek osmolarite nedeni ile diyare yapabilir.
Diyabetik (Glucerna, Diabetisource)	Kullanım; diyabetikler. Özellikle uzun kullanımda klinik yararları net değil.
İmmünmodülatör (Alitraq, Crucial)	Yüksek protein içerikli; arginin, glutamin, omega-3 yağ asitlerinden zengin. İmmün sistemi destekler, antiinflamatuvar yanıtı artırır. Kritik hastalarda, cerrahi uygulanan, travma geçirmiş, yoğun bakımda kalan hastalarda yatış süresini ve mortaliteyi azaltır.
Modüler (Protein: Promod, Karbonhidrat: Moducal, Yağ: Microlipid fiber)	Protein, yağ, karbonhidrat gibi tek tip besin içerir. Özel durumlarda, kişisel değerlendirme ile spesifik eksiklikleri gidermek için diğer formüllerin yanında ilave verilir.
Pulmoner (Pulmocare, Nutrivent)	Düşük karbonhidrat, yüksek yağ içerir, fibersiz, omega-3 yağ asidi ve antioksidan içerir. Karbondioksit oluşumunu azaltmak amaçlı kullanılır.
Renal (Yüksek protein: Magnacal renal, Düşük protein: Novasource renal)	Standart formüllere göre potasyum, magnezyum ve fosfordan fakirdir. Diyaliz hastalarında yüksek protein içerikli, diyalize alınmayan hastalarda düşük protein içerikli tipi kullanılır. Standart formüllere üstünlüğü tam olarak gösterilmemiştir.

Tablo 7: Parenteral beslenmede gelişebilecek komplikasyonlar (101).

Komplikasyon	Yorum	Önlem/Tedavi
Biliyer hastalık	Uzun süre tedavi ile kolesitit riski artar.	Mümkünse, az da olsa oral alımın zorlanması yararlıdır. Kolesistokinin enjeksiyonu ile biliyer staz azaltılabilir.
Kemik hastalığı	Osteoporoz ve osteomalazi siktir, uzun kullanımda % 40- %100.	Düzenli egzersiz, Vit D, kalsiyum replasmanı ve gereğinde bisfosfonatlar uygulanabilir.
Kateter enfeksiyonu	Parenteral beslenme kateterinden enfeksiyon riski diğer intravenöz	Merkezlerin enfeksiyon komitelerinin yaklaşımları

	uygulamalara göre 4 kat fazladır. Enfeksiyon olduğunda %14-25 mortalite riski vardır.	doğrultusunda etkili tedavi uygulanmalıdır.
Santral venöz yol açarken gelişen komplikasyonlar	Pnömotoraks, brakial pleksus lezyonları, arter zedelenmesi, malpozisyon gelişebilir.	Eğitimli kişilerce ve görüntüleme yöntemleri rehberliğinde yapılması ile risk azalır.
Elektrolit inbalansı	Sıktır fakat yeterli moniteriazsyon ile önlenbilir.	Moniterizasyon ve replasman gerekir.
Hiperglisemi	Sıklıkla aşırı glükoz infüzyonuna bağlıdır. Kritik hastalarda, diyabetiklerde, sepsiste, akut pankreatitte risk daha fazladır.	4-5mg/kg/dk'dan daha fazla glükoz uygulanmamalıdır. Stabil kan glükoz düzeyi sağlanana kadar 6 saatte bir ölçüm yapılmalıdır. Formüle regüler insülin eklenebilir.
Hiperlipidemi	Sıklıkla formülde yüksek lipid ya da glükoz olması nedeniyle gelişir. Diyabetiklerde, sepsiste, akut pankreatitte ve karaciğer hastalıklarında lipid klirensi azaldığı için risk daha fazladır.	Lipid klirensinin azaldığı hastalıklarda lipid içeriği 0.12gr/kg/saat'i aşmamalıdır. Serum trigliserid düzeyi takip edilmeli, 400mg/dl'i aşınca lipid infüzyonu durdurulmalıdır.
Tromboz	Görülme sıklığı altta yatan hastalık (kanser), kateter tipi ve uygulama yerine göre değişir. Periferden yerleştirilmiş kateterlerde daha fazladır.	Kontrendikasyon yoksa antikoagulan tedavi uygulanmalıdır. Riskli hastalarda proflaksi yapılabilir.

Kaynaklar

1. Morison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. N Engl J Med 2004; 350: 2582-90.
2. Meier DE, Bishop TF. Palliative care; benefits, services, and models of care. www.uptodate.com, version 19.2, last updated: May 13, 2011.
3. World Health Organization (WHO) definition of palliative care, available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (Accessed on October 20, 2011).
4. Bruera E, Dev R. End of life care. Overview of symptom control. www.uptodate.com, version 19.2, last updated: April 13, 2011.
5. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363: 733-42.

6. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the center to advance palliative care. *J Palliat Med* 2011; 14: 17-23.
7. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000; 284: 2476-82.
8. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines available online at www.nccn.org (Assessed on October 20, 2011).
9. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med* 2000; 132:451-9.
10. 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. *Pain* 2007; 132:312-20.
11. World Health Organization. Access to controlled medications programme: Framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. Available at: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf. Accessed November 2,2010.
12. Elliot TE, Murray DM, Elliot BA, et al. Physician knowledge and attitudes about cancer pain management: a survey from the Minnesota cancer pain project. *J Pain Symptom Manage*.1995; 10: 494-504.
13. Fineberg IC, Wenger NS, Brown-Saltzman K. Unrestricted opiate administration for pain and suffering at the end of life: knowledge and attitudes as barriers to care. *J Palliat Med* 2006; 9: 873-83.
14. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 157-82.
15. Broglio K, Portenoy RK. End of life care: Pain management. www.uptodate.com, version 19.2, last updated: April 19, 2011.
16. Colleau SM. Appraising the WHO Analgesic ladder on its 20th anniversary. *Cancer Pain Release* 2006;19:13-20.
17. Francis OJ, Minerva PC. Opioid use in the Philippines-20 years after the introduction of WHO Analgesic Ladder. *Eur J Pain*. 2007;1:19–22.
18. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician*. 2010;56:514–7.

19. Grond S, Zech D, Schug SA, et al. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 411-22.
20. Mercadante S. Intravenous morphine for management of cancer pain. *Lancet Oncol* 2010; 11: 484-9.
21. Morley JS, Bridson J, Nash TP, Miles JB, White S, Makin MK. Low-dose methadone has an analgesic effect in neuropathic pain: a double-blind randomized controlled crossover trial. *Palliat Med.* 2003; 17: 576-87.
22. Nicholson AB. Methadone for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4): CD003971.
23. Davis MP, Walsh D. Methadone for relief of cancer pain: a review of pharmacokinetics, pharmacodynamics, drug interactions and protocols of administration. *Support Care Cancer* 2001; 9(2); 73-83.
24. Grond S, Sablotzki A. Clinical pharmacology of tramadol. *Clin Pharmacokinet.* 2004; 43: 879-923.
25. Rodriguez RF, Bravo LE, Castro F, et al. Incidence of weak opioids adverse events in the management of cancer pain: a double-blind comparative trial. *J Palliat Med.* 2007; 10: 56-60.
26. Paice JA, Von Roenn JH, Hudgins JC, Luong L, Krejcie TC, Avram MJ. Morphine bioavailability from a topical gel formulation in volunteers. *J Pain Symptom Manage.* 2008; 35: 314-20.
27. Mercadante S, Porzio G, Ferrera P, et al. Sustained-release oral morphine versus transdermal fentanyl and oral methadone in cancer pain management. *Eur J Pain.* 2008; 12: 1040-6.
28. Nelson KA, Glare PA, Walsh D, Groh ES. A prospective, within-patient, crossover study of continuous intravenous and subcutaneous morphine for chronic cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 1997; 13: 262-7.
29. Tapa T, Rastogi V, Ahuja V. Cancer pain management-current status. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2011 Apr-Jun; 27(2): 162-8.
30. Bruera E, Driver L, Barnes EA, et al. Patient-controlled methylphenidate for the management of fatigue in patients with advanced cancer: a preliminary report. *J Clin Oncol.* 2003; 21: 4439-43.
31. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2001; 21: 282-289.

32. Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol.* 2003; 4: 312-8.
33. Israel FJ, Parker G, Charles M, Reymond L. Lack of benefit from paracetamol (acetaminophen) for palliative cancer patients requiring high-dose strong opioids: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage.* 2010; 39: 548-54.
34. Rainsford KD. Anti-inflammatory drugs in the 21st century. *Subcell Biochem.* 2007; 42: 3-27.
35. Shi S, Klotz U. Clinical use and pharmacological properties of selective COX-2 inhibitors. *Eur J Clin Pharmacol.* 2008; 64: 233-52.
36. McNicol E, Strassels SA, Goudas L, Lau J, Carr DB. NSAIDs or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1): CD005180.
37. Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. *Pain.* 2010; 150: 573-81.
38. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4): CD005454.
39. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. *Pain.* 2007; 132: 237-51.
40. Bennett MI. Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: systematic review. 2011; 25(5): 553-9.
41. Wooldridge JE, Anderson CM, Perry MC. Corticosteroids in advanced cancer. *Oncology (Williston Park).* 2001; 15: 225-34.
42. Fleming JA, O'Connor BD. Use of lidocaine patches for neuropathic pain in a comprehensive cancer centre. *Pain Res Manag.* 2009; 14: 381-8.
43. Wong R, Wiffen PJ. Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2): CD002068.
44. Groff L, Zecca E, De Conno F, et al. The role of disodium pamidronate in the management of bone pain due to malignancy. *Palliat Med.* 2001; 15: 297-307.
45. Walker K, Medhurst SJ, Kidd BL, et al. Disease modifying and anti-nociceptive effects of the bisphosphonate, zoledronic acid in a model of bone cancer pain. *Pain.* 2002; 100: 219-29.

46. Lipton A, Small E, Saad F, et al. The new bisphosphonate, Zometa (zoledronic acid), decreases skeletal complications in both osteolytic and osteoblastic lesions: a comparison to pamidronate. *Cancer Invest.* 2002; 20(2): 45-54.
47. King AE, Umland EM. Osteonecrosis of the jaw in patients receiving intravenous or oral bisphosphonates. *Pharmacotherapy.* 2008; 28: 667-77.
48. Ferrini R, Paice JA. How to initiate and monitor infusional lidocaine for severe/or neuropathic pain. *J Support Oncol* 2004; 2:90-94.
49. Subramaniam K, Subramaniam B, Steinbrook RA. Ketamine as adjuvant analgesic to opioids. A quantitative and qualitative systematic review. *Anesth Analg* 2004; 99:482- 95.
50. Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in the dying: a survey of experts. *Palliat Med* 1998; 12(4): 255-69 .
51. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 321-40.
52. Escalante CP, Martin CG, Elting LS, et al. Dyspnea in cancer patients. Etiology, resource utilization and survival implications in a managed care world. *Cancer* 1998; 78: 1314-9.
53. Reuben DB, Mor V. Dyspnea in terminally ill cancer patients. *Chest* 1986; 89: 234-6.
54. Claessens Mt, Lynn J, Zhong Z, et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 146-53.
55. Bausewein C, Farquhar M, Booth S, et al. Measurement of breathlessness in advanced disease: a systematic review. *Respir Med* 2007; 101(3): 399-410.
56. Claessens MT, Lynn J, Zhong Z, et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(5): 146-53.
57. Dudgeon D, Shadd J. End of life care: Dyspnea. www.uptodate.com, version 19.2, last updated: April 19, 2011.
58. Kvale PA, Selecky PA, Prakash UBS. Palliative care in lung cancer. *Chest* 2007; 132: 368-403.
59. Jantarakupt P, Porock D. Dyspnea management in lung cancer: Applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32: 785-795.
60. Bruera E, de Stoutz N, Velasco-Leiva A, Scholler T, Hanson J. Effects of oxygen on dyspnoea in hypoxaemic terminal-cancer patients. *Lancet* 1993; 342: 13-4.
61. Swinburn CR, Mould H, Stone TN, et al. Symptomatic benefit of supplemental oxygen in hypoxemic patients with chronic lung disease. *Am Rev Respir Dis* 1991; 143: 913-5.

62. Alvisi V, Romanello A, Badet M, et al. Time course of expiratory flow limitation in COPD patients during acute respiratory failure requiring mechanical ventilation. *Chest* 2003; 123: 1625-32.
63. Liss HP, Grant BJ. The effect of nasal flow on breathlessness in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137: 1285-8.
64. O'Donnell DE, D'Arsigny C, Webb KA. Effects of hyperoxia on ventilatory limitation during exercise in advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 892-8.
65. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-Blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 376:784-93.
66. Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, et al. American Collage of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest* 2010; 137; 674-91.
67. Kolodziej MA, Jensen L, Rowe B, Sin D. Systematic review of noninvasive positive pressure ventilation in severe stable COPD. *Eur Respir J* 2007; 30(2): 293-306.
68. Curtis JR, Cook DJ, Sinuff T, et al. Society of Critical Care Medicine Palliative Noninvasive Positive Ventilation Task Force. Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: understanding the goals of therapy. *Crit care Med* 2007; 35(3): 932-39.
69. Nava S, Esquinas A, Ferrer M, et al. Multicenter, randomised study of the use of non-invasive ventilation vs. Oxygen therapy in reducing respiratory distress in end-stage cancer patients (abstract A767). Data presented at the 2008 meeting of the American Thoracic Society, May 20, 2008, Toronto, Canada.
70. Yeow ME, Szmuiłowicz E. Practical aspects of using noninvasive positive pressure ventilation at the end of life. *J Palliat Med* 2010; 13: 1150-1.
71. Breslin EH. The pattern of respiratory muscle recruitment during pursed-lip breathing. *Chest* 1992; 101: 75-8.
72. Vitacca M, Clini E, Bianchi L, Ambrosino N. Acute effects of deep diafragmatic breathing in COPD patients with chronic respiratory insufficiency. *Eur Respir J* 1998; 11: 408-15.
73. Bianchi B, Gigliotti F, Romagnoli I, et al. Chest wall kinematics and breathlessness during pursed-lip breathing in patients with COPD. *Chest* 2004; 125(2): 459-465.

74. Jantarakupt P, Porock D. Dyspnea management in lung cancer: Applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32: 785-95.
75. Schwartzstein RM, Lahive K, Pope A, et al. Cold facial stimulation reduces breathlessness induced normal subjects. *Am Rev Respir Dis* 1987; 136(1): 58-61.
76. Galbraith S, Fagan P, Perkins P, et al. Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crssover trial. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 831-8.
77. Newton PJ, Davidson PM, Macdonald P, et al. Nebulized furosemide for the management of dyspnea: does the evidence support its use? *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 424-41.
78. Thomas JR, Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. *Lancet* 2002; 3: 223-8.
79. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Broadley K. Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (4): CD002066.
80. Abernethy AP, Currow DC, Frith P, et al. Randomised, double blind, plasebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnea. *BMJ* 2003; 327:523-8.
81. Viola R, Kiteley C, Llyod NS, et al. The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 2008; 16: 329-37.
82. Nosedá A, Carpiáux JP, Markstein C, et al. Disabling dyspnea in patients with advanced disease: lack of effect of nebulised morphine. *Eur Respir J* 1997; 10(5): 1079-83.
83. Eaton B, Hall J, MacDonald S. Does nebulised morphine offer symptom relief to patient with disabling dyspnea during end-stage disease? *Can Fam Physician* 1999; 45: 319-20.
84. Navigante AH, Cerchietti LC, Castro MA, et al. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31(1): 38-47.
85. Clemens KE, Klaschik E. Dyspnea associated with anxiety-symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. *Support Care Cancer* 2011; 19(12): 2027-33.
86. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, et al. Initial evaluation of patient with lung cancer. Diagnosis and management of lung cancer. In ACCP evidence based guidelines. *Chest* 2003; 123: 97-104.
87. Reinfuss M, Mucha-Małecka A, Walasek T, et al. Palliative thoracic radiotherapy in non-small cell lung cancer. An analysis of 1250 patients. Palliation of symptoms, tolerance and toxicity. *Lung Cancer* 2011;71(3): 344-9.

88. Stinnett S, Williams L, Johnson DH. Role of chemotherapy for palliation in the lung cancer patient. *Support Oncol* 2007; 5(1): 19-24.
89. Maiwand MO, Asimakopoulos G. Cryosurgery for lung cancer: clinical results and technical aspects. *Technol Cancer Res Treat*. 2004;3(2):143-50.
90. Mallick I, Sharma SC, Behera D. Endobronchial brachytherapy for symptom palliation in non-small cell lung cancer--analysis of symptom response, endoscopic improvement and quality of life. *Lung Cancer*. 2007;55(3):313-8.
91. Sheski FD, Mathur PN. Cryotherapy, electrocautery, and brachytherapy. *Clin Chest Med* 1999; 20: 123-38.
92. Luporini G, Barni S, Marchi E, et al. Efficacy and safety of levodropropizine and dihydrocodeine on nonproductive cough in primary and metastatic lung cancer. *Eur Respir J* 1998;12:97-101.
93. Doona M, Walsh D. Benzonatate for opioid-resistant cough in advanced cancer. *Palliat Med* 1998;12:55-8.
94. Hallin R, Janson C, Arnardottir RH, et al. Relation between physical capacity, nutritional status and systemic inflammation in COPD. *Clin Respir J* 2011; 5(3): 136-42.
95. Raquso CA, Luthy C. Nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease: role of hypoxia. *Nutrition* 2011, 27(2): 138-43.
96. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international concensus. *Lancet Oncol* 2011; 12: 489-95.
97. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enteral Nutr* 1987; 11(1): 9-13.
98. Koretz RL. Enteral nutrition: a hard look at some soft evidence. *Nutr Clin Pract* 2009;24(3):316-324.
99. Huhmann MB, August DA. Review of American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Clinical Guidelines for Nutrition Support in Cancer Patients: nutrition screening and assessment. *Nutr Clin Pract* 2008; 23 (2): 182-8.
100. McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *J Parenter Enteral Nutr* 2009;33(3):277-316.
101. Kulick D, Deen D. Specialized Nutrition Support. *Am Fam Physician* 2011; 15 (2): 173-183.
102. Ziegler TR. Parenteral nutrition in the critically ill patient. *N Engl J Med* 2009; 361(11): 1088-1097.

Akciğer (AC) kanserli hastada palyatif bakım döneminde dikkat edilmesi gereken psikolojik faktör ve süreçler

Doç.Dr.M.Aydın Noyan

E.Ü.T.F Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyezon Bilim Dalı

Bornova, İzmir

BİLGİ HEDEFLERİ

1. Palyatif Bakımın Tanımı, Amaçları

Palyatif bakımın amacı; iyileşme olasılığı olmayan hastayı ailesi ile birlikte, bütün olarak, fiziksel, psikolojik ve manevi (spiritual) açılardan hastalığın başından sonuna kadar tedavi etmektir. Burada yalnızca yaşamı tehdit eden ve kür şansı olmayan hastalık tedavi edilmez. Aynı zamanda ağrı ve diğer fiziksel birçok semptom üzerine etkileri olan psikolojik, sosyal, manevi, ve kültürel konularda palyatif bakımın kapsamındadır. Bu nedenle palyatif bakıma bir tür **“bakım felsefesi”** de denebilir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre Palyatif Bakım: (WHO, 1990,1997,1998)

1. Yaşam ve ölüme normal bir süreç olarak bakar,
2. Ölüm sürecini değerli bir yaşantı olarak görür,
3. Ölümü ne hızlandırır ne de geciktirir,
4. Ağrı ve diğer semptomları hafifletir,
5. Psikolojik ve manevi bakımı birleştirir ,
6. Hastanın ölene kadar aktif olarak yaşamasına yardım edici bir destek sistemi sağlar
7. Hasta yakınlarının hastalığa ve yas sürecine uyum yapmalarına yardımcı eder
8. Multidisiplinerdir (hekimler, hemşireler, ruh sağlığı uzmanları, din adamları, gönüllüler).

Hastaya sağlanması ve sunulması gereken 2 anahtar bileşen vardır. Bunlar;

- 1) Konforun sağlanması ve sağlanacağı güvencesi
- 2) Hastaya bir insan olarak değer verilmesi ve saygı gösterilmesi

Konfor ile kastedilen ağrı yakınmasının ortadan kaldırılması/hafifletilmesi yani etkin analjezidir. Ağrı tedavi edilmediğinde anksiyete, depresyon, suisit düşünceleri ve suisit girişimlerine yol açabilir. Ağrının sık değerlendirilmesinin hasta (ve hasta yakınları) için önemli olduğu bildirilmektedir.

Hastaya insan olarak değer verme ve saygı gösterme: Hastanın özel alan oluşturmasına izin verilecek şekilde bakımın sürmesidir. Her hasta için özel oda sağlanamayabilir, ancak hastanın diğer kişiler tarafından görülmeyecek, yakınları ile rahatça görüşebileceği ortamların sağlanması önemlidir. Bir diğer önemli konu hastalardan bahsedilirken *“üç numaralı odadaki akciğer kanseri”* , *“8 numaralı odadaki kadın hasta”* gibi tanımlamaların kullanılmasıdır. Bu gibi tanımlamalar hem hasta hem de hasta yakınları için rahatsız edicidir. Her hastanın biricik olduğu, bir yaşamı olduğu, bu yaşamından mutlu olan yakınlarının olduğu hatırlanmalıdır. Bu nedenle Ahmet bey, Ayşe hanım olarak hastaları tanımlamak gerekir. Klinisyenin bu tanımlamalarının altında yatan neden palyatif bakım hastası ile yakın iletişim ve etkileşim kurmaktan kaçınmasıdır.

2. Akciğer kanserlerinde genel psikiyatrik özellikler nelerdir?

Psikolojik semptomlar AC kanserlerinde oldukça sıktır.

Tanı sırasında hastada en sık görülen semptomların insomnia, ilgi istek kaybı ve konsantrasyon güçlüğü olduğu belirtilmektedir. Psikolojik semptomlar için en önemli risk faktörü işlevsel kayıplardır. Bunun dışında, tanı sırasında AC kanserine özgü özel bir risk faktörü bulunmamıştır. (Kadın olma, yalnız yaşama, çocuksuz olma, sosyal desteksiz olma gibi faktörler psikiyatrik hastalığa yakalanmada genel risk faktörleridir)

Tanı sonrası dönemde, ruhsal semptom/hastalık için en önemli risk faktörü dispnenin varlığı ve şiddetidir. Dispne ruhsal semptomlar dışında öksürük ve ağrı ile de ilişkili bulunmuştur.

KHAK (küçük hücreli akciğer kanseri) dışı AC kanserleri: Bu hastaların beşte biri tanı konduğu sırada depresiftir ve bu depresyon devam etme eğilimindedir. Özellikle tanı konduğunda in-operabl olan olgularda, kişinin kendisinin tanımladığı anksiyete ve depresyon sıktır. Tanı sırasında anksiyete ve depresyonun varlığı süreç ilerledikçe hastada ruhsal hastalık çıkacağı ve/veya mevcut ruhsal hastalığın şiddetleneceğinin öngörücüsüdür. Bu hastalarda hastalık düzeyinde en sık görülen ruhsal bozukluklar sigara bağımlılığı, alkol bağımlılığı ve major depresyondur.

Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK): . KHAK'lerinde ruhsal belirti sıktır ve tanı sürecinde depresif belirtiler ve konsantrasyon güçlüğü KHAK dışı AC kanserlerine kıyasla daha sıktır. Bunun nedeni KHAK'lerinin herhangi bir kanserden daha fazla kanser morbiditesine sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Paraneoplastik sendromlar, pulmoner emboli, hipoksi, beyin metastazları gibi kliniğe sıkça eşlik eden durumların her biri kendine ait ruhsal belirti kümesiyle birlikte seyredir. Örneğin beyin metastazı ve/veya cranial radyoterapinin kognitif işlevlerde bozulmalara yol açması gibi. Depresyon için en önemli risk faktörü hastanın işlevsel bozulmadır.

3) Palyatif bakımda görülen ruhsal hastalık/bozuklukları bilme

Anksiyete Bozuklukları

Terminal dönem, ölümün yaklaştığı gerçeğine bağlı ruhsal belirtilerle, hastalığın kendisinden kaynaklanan fiziksel belirtilerin bir arada olduğu karma bir klinik tablodur. Fiziksel belirtiler daha kötüleşmiş, bireyin yaşamı kısıtlanmıştır. Ölümün yaklaştığı gerçeği ile daha fazla yüzleşmekte ve hastadaki gerginlik duygusu kendisini yalnızca anksiyete olarak değil, korkular şeklinde de (çaresizlik, yalnızlık, ölüm gibi) gösterebilmektedir. Bazı olgularda bu anksiyete terminal döneme uyumu (varoluşsal bir krizi) temsil eder. Uyumu temsil eden anksiyete günler/haftalar içerisinde azalıp kaybolur.

Terminal dönemde anksiyete tek başına değil, genellikle depresyonla birlikte görülür ve bu dönemde yaygınlığı %15-28 olarak bildirilmektedir. Hastalığın ilerlemesi ve fiziksel durumun kötüleşmesi anksiyete görülme sıklığını arttırmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan anksiyetede en az 3 durumun varlığını düşünmek gerekir. Birey hastalığın bu dönemine uyum yapma çabası içinde olabilir; anksiyete hastalık ve/veya ilaçlara bağlı olabilir ya da hastada önceden varolan bir anksiyete bozukluğu alevlenmiş olabilir.

Anksiyetesi olan hastalar gerginlik, huzursuzluktan yakınır. Hastalarda dışarıdan gözlenenler; sinirlilik, otonomik hiperaktivite, sürekli gergin-tetikte olma, insomnia, dikkat dağınıklığı, solunumda kısılma, dispne, uyuşukluk, korku, endişe, derin düşünme hali görülebilir. Bu dönemde anksiyetenin fiziksel belirtileri ruhsal ve kognitif belirtilerle örtüşür. Belirtileri kansere bağlamamak, mevcut belirtileri hastanın psikolojik durumunun değerlendirilmesi için bir işaret olarak kabul etmek gerekir.

Anksiyete, bazen, hastanın yatışı sırasında “sorun oluşturan davranışlar” olarak da kendini ifade edebilir. Bunlar önerilere uymama, tedavi ekibe veya yakınlarına kötü davranma şeklinde görülebilir ve hastayı tedavi ekibinden, yakınlarından uzaklaştırabilir. Bazı olgularda somatik belirtiler şeklinde de görülebilir (fiziksel belirti şiddetinde ani açıklanamayan artış gibi)

Anksiyetenin tedavi edilmesi palyatif bakımın amaçlarından biridir ve hasta sona çok yaklaşmış olsa bile tedavi edilmelidir.

İleriye Dönük Yas

Hastalığın getirdiği kayıplarla yüzleşme ve yaklaşan ölümle ilişkili ileriye dönük yas tutma palyatif bakımdaki en önemli psikolojik süreçtir. Ölümle karşılaşan hastada özellikle hastalık inişe geçtiğinde ileriye de kapsayan bir yas reaksiyonu yaşanmaya başlar. Hastalığın kötüleşmesi ve semptomların artması hastalıktan kurtulanamayacağı hislerine yol açar. Hastalığın kontrol altında olduğuna ilişkin umut duygusu azalmaya başlar. Bu dönemde deprese mizaç ve hüzün uygun ruhsal yanıtlardır ve “ileriye dönük yas” belirtileri olarak kabul edilmelidir. İleriye yönelik yas, hastanın otonomisini kaybetme, yaşamını kaybetme, sevdiklerinden ayrılacağına ilişkin üzüntüyü önceden yaşamaması anlamına gelir.

İleriye yönelik yas yalnızca hastada değil, hasta yakınlarında görülür. Yas reaksiyonları son derece bireye özgü gerçekleşir. Örneğin kimi hasta/hasta yakını inkarını sürdürür ve duygularını dile getirmek istemez; kimi üzüntüsünü öfke, geri çekilme (hastayı, hastaneyi terk etme) olarak gösterebilir. Bazı hastalar ve bazı hasta yakınları da hüzün, üzüntü ve neler olacağını konuşmak ister. Bu durumlarda temel prensip, hastanın ve hasta yakınlarının isteklerine yönelik davranmaktır.

Depresyon

Beklentisel yas hastanın uyum reaksiyonu olarak kabul edilmesine rağmen, depresyon bir uyum reaksiyonu değildir ve tedavi gerektirir. Depresyon, palyatif bakım döneminde sıkça rastlanan, tanınmayan ve tedavi edilmeyen bir hastalıktır. Bunun en önemli nedeni depresif belirtilerin minimize edilmesi, hekim tarafından normal reaksiyon olarak değerlendirilmesi, ileriye yönelik yas reaksiyonu olarak kabul edilmesidir.

Yaşamın son hafta/aylarında olan kanser hastalarında depresyon oranı %9-18 olarak belirtilmektedir. Önceden geçirilmiş depresyon ve/veya aile öyküsü pozitif olan hastalarda oran daha yüksektir. Yaşamda anlam kaybı yaşayanlar ve/veya kendilerini manevi (spirituel) olarak iyi hissetmeyenlerde depresyon belirtilerinin daha ağır olduğu belirtilmektedir.

Depresyon, ağrı ve işlevsellik arasında korelasyon bulunmaktadır. Bu nedenle ağrı yakınması olan veya işlev kaybı belirgin olan hastalarda depresyon tanısı akla gelmelidir. Benzer şekilde depresif hastaların ağrıyı daha fazla hissedecekleri ve daha fazla işlev kaybı yaşayacakları da unutulmamalıdır. Bunların yanı sıra kortikosteroid, kemoterapötik (vincristine vinblastin, asparaginase, intratekal

metotraxate, interferon, interlökin), beyin radyoterapisi, paraneoplastik sendrom durumlarında depresyon riskinin artabileceği unutulmamalıdır. Yaşam süresi ne kadar kısa olursa olsun, depresyon, üzüntü, umutsuzluk, pişmanlık, öfke gibi duyguları olan hastalarda depresyon olabileceği düşünülmesi ve mümkünse profesyonel yardım istenmelidir.

Deliryum

Palyatif bakım döneminde deliryum görülme sıklığı %25-85 arasındadır. Ölüm öncesi oran %88 olarak belirtilmektedir. Deliryum bilinç durumunda dalgalanma ile seyreden, genellikle akut başlangıçlı ve geri dönüşümlü bir tablodur. Ancak ölüm öncesi 24-48 saatlik sürede mevcut olan deliryum geri dönüşümlü olmayabilir. Ana belirtiler dikkati odaklama, sürdürme ve yeni bir konuya kaydırmada bozulma ve **“bilinçte gün boyu süren dalgalanmalar”** dir.

Palyatif bakımda ortaya çıkan deliryum çoğul etiyolojiye bağlı ortaya çıkar. (Bkz Tablo.1). Şu belirtilerin varlığında deliryum düşünülmesi ve psikiyatrist yardımı alınmalıdır.

1. Bilinçte gün boyu süren değişiklik
2. Yer, zaman, kişi ve hastalığa yönelimde bozulma
3. Psikolojik (halüsinasyonlar, sanrılar) ve davranış bozuklukları (ajitasyon, agresyon vb)

Deliryum tablosunda bilinç dalgalı seyrettiği için, hasta, bilincinin açık olduğu zamanlarda halüsinasyonlarını veya agresyonunu hatırlayabilir, buna bağlı sıkıntı ve gerginlik yaşayabilir. Hallüsinasyonlar, sanrılar, ajitasyon gibi belirtiler yalnızca hastada distress oluşturmaz. Hasta yakınları da deliryumun özellikle bu belirtilerinden etkilenebilirler. Bu nedenle yaşam süresi ne olursa olsun, deliryumda özellikle psikolojik ve davranışsal bozukluklar (halüsinasyonlar, ajitasyon gibi) varsa tablo yatıştırılmalıdır.

BECERİ HEDEFLERİ

1. Palyatif Bakım ile ilgili edindiği bilgileri hasta ve yakınlarında uygulayabilme
2. Palyatif bakım hastası özel bir durumda olduğu için, hasta ve hasta yakınları ile iletişime özen gösterme ve etkili iletişim kurabilme
3. Hasta ve yakınlarından doğru ve yeterli bilgiyi alabilme
4. Hasta ve yakınlarına bu dönem ile ilgili yeterli bilgiyi anlayabileceği biçimde verme
5. Hastanın ruhsal, toplumsal ve ekonomik durumunu göz önünde bulundurabilme ve gerekli durumlarda diğer disiplinlerden yardım isteme
6. Çalışma arkadaşları ile iyi iletişime sahip olma ve onlara duygusal destek olabilme

TUTUM HEDEFLERİ

1. **Hasta ve hasta yakınları ile yansız, dürüst, sabırlı, sevecen ve destekleyici bir iletişim kurma**

Palyatif bakım döneminde hem hasta, hem de hasta yakınları kendilerine gösterilecek ilgide yüksek beklenti düzeylerine sahiptirler. Kısa aralıklarla ziyaret yapma hastada oluşan durum değişikliklerinin saptanmasını, bunları hekime iletebilmesini, acil konuları belirlemeyi ve bunlara hızla

müdahalede bulunmayı sağlar. Aynı yaklaşımın aile üyeleri üzerindeki etkisi ise aile üyelerinin uyum sürecini hızlandırır. Kısa aralıklarla yapılan vizitler hasta yakınları için desteklendikleri, yalnız bırakılmadıkları, her an yardım isteyebilecekleri anlamına gelir.

İletişimde temel ilkeler: dürüst olmak, sorulanları doğru yanıtlamak, sorulmayan bilgiler hakkında fazladan bilgi vermemek, hasta ve yakınlarına özel zaman ayırmaktır (hiçbir zaman koridorlar veya kapı önünde iletişimde bulunulmamalıdır). Her hastanın biricik ve tek olduğu unutulmamalı, hastanın tercih ve eğilimlerinin farkına varılmalı, ve buna göre hastaya yaklaşılmalıdır.

2. Palyatif bakımın multidisipliner yönünü etkin kullanmak

Aileleler yalnızca birincil hekim ve hemşirelerinin katkılarını beklemezler. Palyatif bakım ekibinde yer alan diğer disiplinlerdeki çalışanlardan da destek görmeyi beklerler. Diğer disiplin çalışanlarının da hastaya benzer tarzda yaklaşmalarında rol model olmalıdır. Ölüm gerçeği ve yarattığı sorunlarla yüzleşme sadece hasta ve yakınlarını içermez. Hastayı izleyen birincil hekim ölümle yüzleşmede ekibin diğer çalışanlarında da yardım isteyebilmeli ve verilen yardımı alabilmelidir.

3. Hasta yakınlarının yas sürecine eşlik edebilme

Hastalarını özellikle palyatif bakım ünitesinde kaybeden ailelerin yas süreçlerine eşlik etmek önemlidir. Aileye yaklaşım ve destek hasta öldükten sonraki dönemde devam eder. Bazı ailelerde tam ölüm zamanında ani ve sıkıntı verici bir dağılma ortaya çıkabilir. Bu durumda sabırla beklemek ve sakin kalmak önemlidir.

Güncel bir araştırma, ailelerin yüksek kalite standartına sahip bir palyatif bakım ünitesinden beklentilerini tanımlamıştır. Bunlar

1. Zamanında, açık ve şefkatli bir iletişim kuran klinisyenler,
2. Hastanın kendi tercihleri, amaçları ve değerleri üzerine odaklanmış klinik kararlar
3. Hastanın bir insan olarak saygınlığı, konforu ve bireyselliğine özen gösterilen hasta bakımı
4. Aileler ve hastaları arasında açık, dürüst bir yaklaşım ve yakınlık kurmaya izin verici bir ortamın sağlanması
5. Palyatif bakım dönemi, ölüm esnası ve yas sürecinde hastaya, özellikle interdisipliner destek sağlanması

Tablo.1 Palyatif Bakım Döneminde Deliryum Nedenleri

Doğrudan Santral Sinir Sistemine (SSS) bağlı nedenler

Primer beyin tümörü
Metastatik beyin tümörü
Nöbetler
SSS enfeksiyonları

Dolaylı nedenler

- Hipertermi
- Organ Yetmezlikleri
 - Üremi
 - Hepatik ensefalopati
 - Konjestif Kalp Yetmezliği
 - Pulmoner Yetmezlik
 - Pulmoner ödem
 - Pulmoner emboli
- Elektrolit Dengesizlikleri
- Tedavi Yan Etkileri
 - Kemoterapötikler
 - Steroidler
 - Radyasyon
 - Antikolinergikler
 - Antiemetikler
 - Antiviraller
- Enfeksiyon
 - Sepsis
 - Fırsatçı enfeksiyonlar
- Hematolojik anormallikler
 - Ciddi anemi
 - Dissemine intravasküler koagulopati
- Beslenme Yetersizlikleri
- Paraneoplastik Sendromlar

KAYNAKLAR ve İLERİ OKUMA MATERYALİ

Breitbart W, Lintz K. Psychiatric issues in the care of dying patients. Textbook of Consultation Liason Psychiatry. Amrican Psychiatry Press Inc. 771-803.

Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ, Walker AS, McAdam JL, IlaoaD, Penrod J. In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. Crit Care Med. 38:808-818, 2010.

Coffman K, Levenson JL. Lung Disease. Textbook of Psychosomatic Medicine. American Psychiatry Publishing Inc. S. 445-464, 2005

Wyszynski AA, Weiner ED. The Patient with Pulmoner Disease. Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. American Psychiatry Publishing Inc. S.85-98, 2005.

Breitbart W, Gibson C, Chochinov HM. Palliative Care. Textbook of Psychosomatic Medicine. American Psychiatry Publishing Inc. S. 979-1007.

Russels BJ, Ward AM. Deciding what information is necessary: do patients wth advanced cancer want to know all the details?. Cancer Management Res. 1:3, 191-199, 2011.