

## Palyatif Bakım ile Performans Skoru İyileşen Metastatik Küçük Hücreli Akciğer Karsinomlu Hasta

İbrahim Taycı <sup>1</sup>, Erol Karaaslan <sup>2</sup>

Öz	Yayın Bilgisi
<p>Palyatif bakım, iyileştirici tedavilerin tükenmesinin ardından başlayan, hastaların yaşamlarının son dönemlerinde ortaya çıkan sorunlarına semptomatik ve rahatlatıcı çözümler üreten hizmetler bütünüdür. Hasta, 1 yıl önce küçük hücreli akciğer karsinomu tanısı almış, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi sonrası kitle kaybolmuş. Altı ay sonra kontrole gelen hastada uzak metastaz tespit edilmiş. Hastanın başvuru anında genel durumunun kötü olması, performans skorunun düşük olması nedeni ile kemoterapi başlanması düşünülmemiştir. Hasta palyatif tedavi amacı ile merkezimize gönderildi. Multidisipliner yaklaşımla, fizyoterapist, psikolog, nutrisyon komitesi eşliğinde tedavi uygulandı. Hastanın klinik takiplerinde performans skoru iyileşti. Onkoloji bölümü ile görüşülerek hastanın kemoterapisine yeniden başlandı.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Palyatif bakım, karsinom, performans skoru</p>	<p>Gönderi Tarihi:09.06.2016</p> <p>Kabul Tarihi:26.06.2016</p> <p>Online Yayın Tarihi: 31.03.2017</p> <p><b>Sorumlu Yazar</b></p> <p>Erol KARAASLAN</p>

## A Patient with Metastatic Small Cell Lung Cancer whose Performance Score Improves with Palliative Care

İbrahim Taycı <sup>1</sup>, Erol Karaaslan <sup>2</sup>

Abstract	Article Info
<p>Palliative care, symptomatic and relief treatment, applied after failure of medical treatment in last period of living patients. A year ago, the patient was diagnosed with small-cell carcinoma in lung. This patient was treated with chemotherapy and radiotherapy by specialist doctor and the mass was disappeared. Six months after the treatment, the patient's control examination has been performed and distant metastases were been detect. He has got bad general condition and low performance score. For this reason, no treatment has been planned by oncologist. He was referred to palliative treatment center. Multidisipliner treatment was applied by physiotherapist, psikolog and nutrition comite in palliative center. Performance score of patient's healed with palliative treatment. Then, he was referred to oncologist for chemotherapy treatment.</p> <p><b>Keywords:</b> Palliative care, carcinoma, performance score</p>	<p>Received:09.06.2016</p> <p>Accepted:26.06.2016</p> <p>Online Published: 31.03.2017</p> <p><b>Corresponding Author</b></p> <p>Erol KARAASLAN</p>

<sup>1</sup>Malatya Devlet Hastanesi, Palyatif Bakım Ünitesi

<sup>2</sup>Malatya Devlet Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

## GİRİŞ

Palyatif bakım iyileştirici tedavilerin tükenmesinin ardından başlayan, hastaların yaşamlarının son dönemlerinde ortaya çıkan sorunlarına semptomatik ve rahatlatıcı çözümler üreten hizmetler bütünüdür.<sup>1</sup> Küçük hücreli akciğer karsinomunda tedavisiz sağkalım oldukça sınırlıdır.<sup>2</sup> Kemoterapi ve radyoterapiye rağmen yine de sağkalım kısadır. Özellikle metastatik nüks eden vakalarda sağkalım oldukça kısa olmaktadır.<sup>3</sup>

Bu olgumuzda, metastatik küçük hücreli akciğer karsinomu olan bir hastamıza palyatif bakım ünitemizde sağladığımız bakım ile performans durumunda görülen değişiklikleri sunmayı amaçladık.

## OLGU

60 yaşında, erkek hasta. Tarafımıza halsizlik, şiddetli bulantı ve ağrı şikayetleriyle başvurdu. Öyküsünde, 1 yıl önce küçük hücreli akciğer karsinom tanısı aldığı, kitlenin hiler yerleşimli olması sebebiyle opere olamadığı ve 6 kür sisplatin + etoposid rejimi aldığı öğrenildi. Eş zamanlı olarak 30 gün radyoterapi uygulandığı, beyin için de profilaktik radyoterapi aldığı öğrenildi. Kontrollerinde kitlenin kaybolduğu ifade edilen hastanın takibinin 6. ayında karşı akciğer, beyin ve lenf nodları metastazlarıyla yeniden hastalık tespit edilmiş. Genel durumunun kötü olması, performans skorunun düşük olması sebebiyle kemoterapi başlanması

düşünülme-yen hasta, palyatif destek tedavi talebiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın ilk değerlendirmesinde, tansiyon arteryel 100/60 mmHg, nabız 110/dk, oksijen saturasyonu parmak ucu probuyla %88 tespit edildi. Glaskow skoru 13 olarak belirlenen hasta ileri derecede halsiz ve bitkin görünüyordu. Tüm vücudunda ağrıları olduğunu ifade eden hastanın visuel ağrı skoru (VAS) 5-6 seviyesindeydi. Bulantı ve kusması olan hastanın tüm vücudu terli ve soğuktu. Dispnesi de olan hastanın akrosiyanozu mevcuttu. ECOG skoru 4, Karnofsky performans skoru ise 30 tespit edildi. Hastaya yapılan ilk müdahalenin ardından maske ile oksijen ve bronkodilatör tedaviler uygulandı. Bulantı ve ağrı için destekleyici tedaviler uygulandı. Dehidratasyonu olan hasta uygun mayilerle hidrate edildi. Oral alımının olmaması üzerine total parenteral beslenme başlandı. Takiplerinde bulantı ve ağrı kontrolü sağlanan hastanın oral alımının başlaması için hastanemiz nütrisyon komitesince hastane yemekhanesinde özel menü hazırlatıldı. Giderek oral alımı düzelen hastanın serum sodyum ve albümin düzeyleri kontrol altına alındı. Fizyoterapist eşliğinde günlük ekstremitelere güçlendirici egzersizler yaptırıldı. Psikolog ile görüşmesi sağlanan hastaya ruhsal ve manevi destek verildi. Klinik takiplerinde giderek performans skoru düzeldi. Kendi başına yürüyebilir ve günlük ihtiyaçlarını giderebilir hale geldi. ECOG skoru 2 ye, Karnofsky skoru da 50 ye yükseldi. Kilo alımı gözlenen ve mental olarak motive edilen hasta için onkoloji ile irtibat

kuruldu. İrinotekan 5 kür almasına karar verildi. Halen hastamemiz palyatif bakım ünitesinde yatmakta olan hasta 4. kür kemoterapisini almış olup klinik olarak stabil seyretmektedir.

## TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, "erken tanı ve kusursuz değerlendirmeyle sıkıntıların önlenmesi ve rahatlatılması, ağrının ve fiziksel, psikososyal ve ruhsal diğer sorunların tedavisi yoluyla yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili problemlerle yüzleşen hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşım" olarak tanımlamaktadır.<sup>1</sup> Son yıllarda giderek önemi artan palyatif bakım, özellikle kronik hastalıkları sebebiyle tam olarak iyileşemeyen ve iyileştirici tedavilerin tükendiği hastaların yaşamlarının son dönemlerinde bakım hizmetleri ve destek tedavileri sunan multidisipliner bir yaklaşımdır.<sup>4</sup> Hastaların ağrı, bulantı, iştahsızlık, kilo kaybı, nefes darlığı ve anksiyete gibi semptomlarına yönelik palyatif tedaviler sunan ve beslenme, fizyoterapi, psikoterapi, ruhsal ve manevi destek almalarını sağlayan hizmetler bütünüdür. Multidisipliner bir yaklaşımla verilen hizmetler neticesinde hastaların sağkalımları artmakta ve yaşam kaliteleri yükseltilmektedir.<sup>5,6</sup>

Akciğer kanserleri, hem erkek hem de kadınlarda kanser ölümlerinin en sık sebebidir.<sup>7</sup> Bronkojenik karsinom tüm akciğer kanserlerinin %90'ından fazlasını oluşturmakla birlikte 5 histolojik alt tipinden olan küçük hücreli

karsinom (KHAK) bu olguların %10-15 inden sorumludur.<sup>8</sup> KHAK bronş orjinli bir tümör olup tipik olarak santralden başlayıp submukozal alana infiltrate olarak lümende kitle olmaksızın bronşta daralma ya da obstrüksiyona neden olur. KHAK agresif bir tümördür. Tanı sırasında hastalığın sınırlı mı yoksa yaygın evrede mi olduğu önemlidir. Sınırlı hastalıkta kemoterapi ve radyoterapi uygulanmakla birlikte yaygın hastalıkta yalnızca kemoterapi seçeneği vardır.<sup>9,10</sup> KHAK hastalarının %60-70'i tanı sırasında yaygın hastalığa sahiptir.<sup>11</sup> Kombine kemoterapiyle yaygın hastalığa sahip olan hastaların yalnızca %20'si tam cevap vermekte ve ortalama sağkalım 7 ay civarında olmaktadır.<sup>12</sup> Bununla birlikte 5 yıllık sağkalım oranı yalnızca %2 kadardır.<sup>13</sup> Hastalıkta kötü prognoz belirteçleri arasında düşük performans skoru, %10 dan fazla kilo kaybı, hastalığın nüks etmesi ve hiponatremidir.<sup>14</sup> Temel ve ark.nın yaptığı çalışmada metastatik küçük hücreli dışı akciğer karsinomlu hastalar değerlendirilmiş ve bu hastaların erken palyatif bakıma alınması gerekliliği vurgulanmıştır. Standart bakım alan hastalarla karşılaştırıldıklarında erken palyatif bakım alan hastalarda depresif semptomların daha az olduğu, yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve ortalama sağkalımın daha iyi olduğu tespit edilmiştir.<sup>15</sup>

Bizim hastamızda, küçük hücreli akciğer karsinomu için belirlenen kötü prognoz kriterlerinin tamamı mevcuttu. Başvuru

sırasındaki klinik durumu ikinci kez kemoterapi almasına engel teşkil ediyordu. Ancak uygulanan nitelikli palyatif bakım sayesinde hastanın performans durumunun ve klinik tablonun düzelmesiyle hasta için ikinci bir şans niteliğinde olan kemoterapi başlanabildi. Uygulamış olduğumuz fizyoterapi ve nütrisyon komitesince özel olarak hazırlanan beslenmesiyle fiziksel olarak toparlanmasına yardımcı olduğumuz hastamıza ayrıca psikoterapi de uygulayarak ruhsal ve manevi destek sağlandı.

Palyatif bakım ile ileri evre kanser hastalarının etkin tedavileri yapılamamakla birlikte, hastaların hayat kalitelerinin yükseldiği, hasta ve ailenin sıkıntılarının azaltıldığı kanaatindeyiz. Bu nedenle son dönem kanser hastalarında palyatif bakım daima göz önünde bulundurulmalıdır.

#### KAYNAKÇA

- 1- WHO definition of palliative care;1998 [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)
- 2- Jackman DM, Johnson BE. Small-cell lung cancer. Lancet. 2005 Oct 15-21. 366(9494):1385-96.
- 3- Janne PA, Freidlin B, Saxman S, Johnson DH, Livingston RB, Shepherd FA, et al. Twenty-five years of clinical research for patients with limited-stage small cell lung carcinoma in North America. Cancer. 2002 Oct 1. 95(7):1528-38.

- 4- Ferrell BR, Coyle N, eds. Oxford Textbook of Palliative Nursing. New York: Oxford University Press; 2010.
- 5- Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care creating a more sustainable model. N Engl J Med. 2013;368:1173-1175.
- 6- The Center to Advance Palliative Care (CAPC). Palliative care tools, training and technical assistance. 2014. <http://www.capc.org> Accessed August 14, 2014.
- 7- American College of Chest Physicians; Health and Science Policy Committee. Diagnosis and management of lung cancer. ACCP evidence-based guidelines. Chest. 2003 Jan;123(1 Suppl): D-G, 1S-337.
- 8- Bach PB et al. Screening for lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest. 2007 Sep;132(3 Suppl):69-77.
- 9- Boffetta P, Trichopoulos D. Cancer of the lung, larynx, and pleura. Adami H, Hunter D, Trichopoulos D, eds. Textbook of Cancer Epidemiology. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2008. 349-67.
- 10- Cascone T, Gold KA, Glisson BS. Small Cell Carcinoma of the Lung. Kantarjian H, Wolff R, eds. The MD Anderson Manual of Medical Oncology. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2016. 323-42.

- 11- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016 Jan-Feb. 66 (1):7-30.
- 12- Jackman DM, Johnson BE. Small-cell lung cancer. *Lancet.* 2005 Oct 15-21. 366(9494):1385-96.
- 13- Janne PA, Freidlin B, Saxman S, Johnson DH, Livingston RB, Shepherd FA, et al. Twenty-five years of clinical research for patients with limited-stage small cell lung carcinoma in North America. *Cancer.* 2002 Oct 1. 95(7):1528-38.
- 14- Hermes A, Waschki B, Reck M. Hyponatremia as prognostic factor in small cell lung cancer--a retrospective single institution analysis. *Respir Med.* 2012 Jun. 106(6):900-4.
- 15- 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;363:733-742.