

İsmail TOYGAR¹
Orcid : 0000-0003-3065-5756

Asiye DURMAZ AKYOL¹
Orcid : 0000-0003-1018-4715

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları
Hemşireliği A.D

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
İsmail TOYGAR
ismail.toygar1@gmail.com

Mikozis Fungoides ve Hemşirelik Yönetimi

Mycosis Fungoides and Nursing Management

Geliş Tarihi (Received): 11.06.2018

Kabul Tarihi (Accepted): 08.04.2019

ÖZ

Mikozis Fungoides (MF) toplumda yaygın olarak görülen kutanöz T hücreli lenfoma (KTHL) tipidir. MF tüm KTHL olgularının %73'ünü oluşturmaktadır. Mikozis Fungoides ülkemizde ve dünyada sık karşılaşılan sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Erken evrelerde Mikozis Fungoides ayırıcı tanısı oldukça zordur. Mikozis Fungoides hastalarının tedavisilokal deri uygulamaları ve sistemik uygulamalar olarak iki başlık altında gruplandırılmaktadır. Erken evre hastalarda yalnızca lokal deri uygulamaları tam remisyon sağlar iken, ileri evre hastalarda sistemik tedaviler de kullanılmalıdır. Hastaların şikâyetleri arasında kızarıklık, kuruluk, ağrı ve enfeksiyon ilk sıralarda yer alırken bunları psikiyatrik ve sosyal sorunlar izlemektedir. MF hastalarının hemşirelik yönetiminde hasta ile işbirlikçi bir yaklaşım yürütülmesi, semptomların etkin kontrolünün sağlanması ve hasta eğitimi yer almaktadır. Mikozis Fungoides hastalarının semptom kontrolünde kızarıklık, kuruluk, kaşıntı, ağrı, enfeksiyon ve psikiyatrik problemler hedef alınmalıdır. Mikozis Fungoides hastalarının etkin tedavi ve bakım ile şikâyetleri azaltılabilmekte ve ortadan kaldırılabilmektedir. Bu makalede MF ve hemşirelik yönetimi ele alınmıştır.

ABSTRACT

Mycosis Fungoides (MF), common in community, is a type of Cutaneous T-Cell Lymphoma (CTCL). MF is 73% of all CTCL case. Micozis Fungoides is among the common health problems in our country and in the world.. In the early stages, the MF differential diagnosis is difficult. MF patients' treatment is grouped as local skin therapy and systemic therapy. While the early stages of MF, local skin therapy provide complete remission, the advanced stages of MF, systemic therapy should be used. While patients primarily suffer from rash, dryness, pain and infection; psychiatric and social problems follow these symptoms. Nursing management of MF patients include collaborative approach, effective symptoms management and patients education. With effective treatment and care, MF patients' suffers may be reduced and removed. Rash, itching dryness, pain and infection, and psychiatric problems should be targeted in symptom management of MF patients. In this article MF and Nursing Management of MF is discussed.

Anahtar Sözcükler:

Mikozis fungoides, hemşirelik yönetimi,
bakım

Key Words:

Mycosis fungicides', nursing
management, care

Kaynak Gösterimi: Toygar, İ. ve Durmaz Akyol, A. (2019). Mikozis fungoides ve hemşirelik yönetimi. EGEHFD, 35(1):29-35

How to cite: Toygar, İ. and Durmaz Akyol, A. (2019). Mycosis fungoides and nursing management. EGEHFD, 35(1):29-35

GİRİŞ

Mikozis Fungoides (MF) toplumda sık karşılaşılan bir Kutanöz T Hücreli Lenfoma (KTHL) türüdür. Ayırıcı tanısının zor olması ile birlikte ileri evrelerde bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkimektedir. Hastalığın erken evrede tanınması; tedavinin ve bakımın etkinliği açısından oldukça önemlidir. Hastalığa bağlı olarak kızarıklık, kuruluk, kaşıntı, ağrı, enfeksiyon ve psikiyatrik problemler gibi semptomlar meydana gelmektedir ([Zinzani ve ark. 2008](#); [McCaffery ve ark. 2019](#)).

MF bireyi yaşamının birçok alanında etkilemektedir. Bu nedenle MF hastalarında hemşirelik yönetimi son derece büyük bir öneme sahiptir. Hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi, iş ve aile rollerinin sürdürülmesi ve hastalığın günlük yaşam aktivitelerine etkilerinin en az düzeye indirilmesi için etkin bir hemşirelik yönetimi gerekmektedir ([Jawed ve ark. 2014](#); [McCann 2016](#)). Bu makalede mikozis fungoides ve hemşirelik yönetimi ele alınmıştır.

TANIM

MF küçük ve orta büyüklükte T hücrelerinin proliferasyonu ile karakterize Kutanöz T Hücreli Lenfoma'nın yaygın bir türüdür. Mikozis Fungoides terimi yamalar, plaklar, tümörler ve çeşitli benzer bir dizi klinik seyir gösteren bir hastalıktır ([Zinzani ve ark. 2008](#); [McCaffery ve ark. 2019](#)). Sezary sendromu (SS) ise MF ile benzer şekilde klinik belirti veren, bazı kaynaklarda MF ile ortak ele alınan bir diğer deri ve periferik dolaşımın malignitesidir ([Hwang ve ark. 2008](#); [Kayıkçı ve Kayıkçı 2017](#)).

MF ile ilgili ilk tanım bundan yaklaşık 200 yıl önce Fransız hekim Jean Louis Alibert tarafından yapılmış tanımda mikozis fungoides intemel olarak tümör evresi ele alınmıştır. Bazın 1870 yılında MF'nin doğal seyrinin yama, plak ve tümör şeklinde olduğunu bildirmiştir. Sêzary ve Bouvain 1938 yılında SS'i tanımlamışlardır. MF ve SS'in (1975) yalnızca benzer morfoloji değil ortak T hücre fenotipine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Edelson tarafından bu hastalık grupları için ortak bir terim olarak kutanöz T hücreli lenfoma ismi kullanılmıştır ([Willemze ve ark. 2006](#)).

EPİDEMİYOLOJİ

Willemze ve arkadaşlarının (2006) bildirdiği üzere; Ulusal Kanser Enstitüsü'nün raporlarına göre 1973 ve 2002 yılları arasında KTHL yıllık insidansının milyonda 6.4 ile 9.6 arasında olduğu bildirilmiştir. Ulusal Kanser Enstitüsü'nün bu raporunda tüm KTHL'lerin %73'ünü MF ve %2-5'ini sezary sendromu oluşturmaktadır ([Willemze ve ark. 2006](#)). Ortalama tanı yaşı 55-60 arasında olmakla birlikte genç bireylerde de görülebildiği bildirilmektedir. Erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha sık görülmektedir ([Jawed ve ark. 2014](#)). Sağ kalım oranlarının çok düşük olduğu ve ortaya çıkan birçok nedenin mortaliteye yol açtığı bildirilmektedir. Alberti-Violetti ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada ileri evredeki 140 MF ve 28 SS hastası için yedi yıllık sağ kalımı 2.47 yıl olarak bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada hastaların 79'unun (%47) yedi yıl içerisinde çeşitli nedenlerle öldüğü bildirilmektedir ([Alberti-violetti ve ark. 2015](#)).

TANI

Mikozis Fungoides tanısı, hastalığın erken dönemlerinde histopatolojik olarak gözlemlenebilen çok az spesifik değişiklikler meydana gelmesi nedeniyle kolaylıkla konulamamaktadır. Başlangıçta deri lezyonları sedef, atopik dermatit ya da kronik egzemaya benzerlik göstermektedir. Bu nedenle tanılamada hastanın öyküsü, dermatolojik durumun tanımlanması ve histopatoloji için örnek alınması gerekmektedir ([Olek-Hlab ve ark. 2014](#)).

Literatürde KTHL'lerin iki formu olan MF ve SS için ayrı tanımlamalar yer almaktadır. Bu alandaki çalışmaların hızlı bir şekilde gelişim göstermesi ile birlikte günümüzde de kullanılan sınıflandırma ortaya çıkmıştır. İmmünohistokimya ve moleküler çalışmaların değerlendirme kriterleri için kullanılabileceğini gösteren bir çalışma olmamasına rağmen dermatozların tanılanmasında histopatolojik görüntülemenin halen çok önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir ([Olek-Hlab ve ark. 2014](#)).

KLİNİK EVRELEME

Mikozis fungoides ile ilgili sınıflandırmalar 1980'li yıllarda başlamış olup ilk olarak hematologlar tarafından nodal lenfomalara sınıflandırmada kullanılan Kiel sınıflandırması kullanılmıştır. Zaman içerisinde farklı sınıflandırmalar kullanılmakla beraber en yaygın kullanılan sınıflandırmalar Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu (EORTC - European Organisation for Research and Treatment of Cancer), Dünya Sağlık Örgütü (WHO – World Health Organization), Uluslararası Kutanoz Lenfoma Birliğinin (ISCL – International Society For Cutaneous Lymphomas), ve bunları revizyonu ile oluşturulan WHO-EORTC, ISCL-EORTC sınıflandırmalarıdır ([Willemze ve ark. 2006](#); [Olsen ve ark. 2007](#); [Chase ve ark. 2015](#)). Bu sınıflandırmalar TNMB (Tümör – Nodül – Metastaz – Kan) sınıflandırmasını temel alarak hastalığa özgü revize edilmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 1: Mycosis Fungoides ve Sezary Sendromu için ISCL-EORTC sınıflandırması

Cilt	
T1	Yama, papül ve plaklar toplam cilt yüzeyinin %10'undan daha küçük
T1a	Yalnızca yamalar
T1b	Plaklar ± Yamalar
T2	Yama, papül ve plaklar toplam cilt yüzeyinin %10'undan daha büyük
T2a	Yalnızca yamalar
T2b	Plaklar ± Yamalar
T3	1 veya daha fazla Tümörler (1 cm yada daha büyük çapta)
T4	Deri yüzeyinin %80 veya daha fazlasını kaplayan eritemler
Nod	
N0	Klinik olarak anormal lenf nodu yok
N1	Klinik olarak anormal lenf nodları; histolojik lenfosit atipi olmayabilir, izole bir şekilde var olabilir yada 3-6 hücre kümeleri şeklinde olabilir
N1a	Çoğalma yok
N1b	Çoğalma var
N2	Klinik olarak anormal lenf nodları; 7.5 mikrondan daha büyük serebriform çekirdeğin histolojik varlığı veya nod yapısında bozukluk yok ve atipik lenfosit agregasyonu
N2a	Çoğalma yok
N2b	Çoğalma var
N3	Klinik olarak anormal lenf nodları; atipik lenfositler tarafından nod yapısında kısmi silinme yada belirgin neoplastik hücreler yada çoğalma olsun yada olmasın nod yapısının tam silinmesi
Viseral	
M0	Viseral metastaz yok
M1	Viseral metastaz var, histolojik olarak doğrulanmış
Kan	
B0	Periferik kanda %5'ten az atipik (Sézary) hücreleri
B0a	Çoğalma yok
B0b	Çoğalma var
B1	Kanda düşük tümör yükü: Periferik kanda %5'ten fazla atipik (Sézary) hücreleri, B2 kriterlerine uymayan
B1a	Çoğalma yok
B1b	Çoğalma var
B2	Kanda yüksek tümör yükü: çoğalma var ve her biri 1000 mikrondan büyük atipik (Sézary) hücreleri, yada CD4/CD8 oranı 10'un üzerinde iken CD3 yada CD4 hücrelerinde artış yada CD4 hücrelerinde anormal fenotip ile birlikte artış

Kaynak: [Willemze R, J ImMeijer C. Classification of cutaneous T-cell lymphoma: from Aliberto WHO-EORTC. Journal of cutaneous pathology. 2006;33\(s1\):18-26.](#)

BELİRTİ ve BULGULAR

Mikozis fungoideste belirti ve bulgular hastalığın evresine göre değişiklik göstermektedir. Hastalığın başlangıcında pullu, kırmızı döküntüler vardır. Bu döküntüler sıklıkla güneşe maruz kalmayan yerlerde ortaya çıkar. Bu döküntüler semptom vermez ve zaman içerisinde kendiliğinden kaybolur. Hastalığın bu döneminde döküntülere bakarak MF tanısını koymak mümkün değildir.

Evre	T	N	M	B
IA	1	0	0	0,1
IB	2	0	0	0,1
IIA	1,2	1,2	0	0,1
IIB	3	0-2	0	0,1
IIIA	4	0-2	0	0
IIIB	4	0-2	0	1
IVA1	1-4	0-2	0	2
IVA2	1-4	3	0	0-2
IVB	1-4	0-3	1	0-2

Hastalığın ilerleyen evrelerinde ise ince, kızarmış, egzema benzeri döküntüler görülmektedir. Papüller ve ciltte kızarmış, sertleşmiş lezyonlar da görülmektedir. Hastalığın meydana geldiği son evrede ise cilt üzerinde tümör formları gelişmektedir. Bu tümörler ülser olabilmekte ve ciltte enfeksiyonlar görülebilmektedir ([National Kanser Institute 2018](#)).

TEDAVİ

Mikozis fungoideste tedavinin amacı; immünsüpresyondan kaçınma, antitümör immün yanıtı artırma, toksisiteyi azaltma ve yaşam kalitesini arttırmayı içermektedir. MF tanılı bireylerde mevcut durumda tedavi tam düzelmeyi değil en üst düzeyde yanıt almayı hedeflemektedir. MF tedavisi oldukça geniş alternatiflere ve kombinasyonlara sahiptir. Bu nedenle hastalar birden fazla tedaviyi eşzamanlı olarak sürdürmektedirler ([Whittaker ve ark. 2016](#); [Engin ve ark. 2013](#)).

Lokal Deri Uygulamaları

Lokal deri uygulamaları MF tedavisinde temel basamağı oluşturmaktadır. Lokal deri uygulamaları içerisinde en yaygın olarak tercih edilen grup topikal kortikosteroidlerdir ([Zackheim ve ark. 1998](#); [Trautinger ve ark. 2006](#)). Kortikosteroidler haricinde topikal kemoterapi, topikal terinoid, fototerapi ve radyoterapi ise diğer lokal uygulamaları oluşturmaktadır ([Engin ve ark. 2013](#); [Kim ve ark. 2003](#); [Willemze ve ark. 2006](#); [Diederer ve ark. 2003](#); Hoppe 2003).

Sistemik Tedaviler

Sistemik tedavilerde ekstrakorporeal fotoferez, retinoidler, interferonlar, denilökin Diftitox, Vorinostat ve sistemik kemoterapi yer almaktadır. Bu tedaviler içerisinde korporalfotoferez ve sistemik kemoterapi en yaygın kullanılanlardır([Engin ve ark. 2013](#); [Wilson ve ark. 2000](#); [Kessler ve ark. 1983](#); [Jumbou ve ark. 1999](#); [Trautinger ve ark. 2006](#); [Hwang ve ark. 2008](#)).

HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Mikozis Fungoides hastalarında etkin bir hemşirelik yönetimi için etkin bir hemşirelik tanılması gerekmektedir. Hemşirelik tanılmasında hastaya ait objektif ve sübjektif bulgular değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir. Hastalarda semptomların belirlenmesi öncelikli olarak ele alınmalı, iş ve aile yaşamına ait rolleri ile beden imajına olan etkileri değerlendirilmelidir. Bu sorunlara yönelik girişimler planlanmalı ve sonuçları değerlendirilmelidir. Sonrasında ise kişinin yaşam kalitesi, beden imajı değerlendirilmelidir.

Hemşirelik yönetiminde hasta ile işbirlikçi yaklaşım, semptom yönetimi ve hasta eğitimi yer almaktadır ([Demierre ve ark. 2006](#)).

Hasta İle İşbirlikçi Yaklaşım

MF hastalığının kronik ve progresif bir hastalık olması nedeniyle karar aşamasında hekim, hemşire, hasta ve ailesi bu kararlara birlikte katılmalıdır. Tedavinin planlanmasında; hastanın tercihini etkileyen düşünceler, daha önceki tedavilerin etkinliği, bireyin genel sağlık endişeleri, hastalığın evresi, sigorta kapsamı, tedavi merkezlerine ulaşım ve sosyal endişeler gibi etkili olan birçok etkili faktör göz önünde bulundurulmalıdır ([Vonderheid 2003](#)).

Hastalığın ileri evre yönetiminde; hastanede dermatoloji, radyasyon onkolojisi ve hematoloji uzmanları ile, evde bakım aşamasında ise birinci basamak tedavi kuruluşları, sosyal servisler, sağlık sigortaları, diyetisyen ve uzun dönem bakım kuruluşları arasında hastanın koordinasyonunu sağlaması gerektiğinden hemşirelerin koordinasyon rolünü yerine getirmesi önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelerin; hastaların hastalığın doğası, evreleri, klinik belirti-bulguları, tedavi ve bakımına ilişkin bilgilendirilmeleri gerektiğinden eğitici/danışman rolünü üstlenmesi de beklenmektedir ([Vonderheid 2003](#)).

Semptom Yönetimi

Semptom yönetimi; hastaların bakım kalitesi ve yaşam kalitesini yükseltmektedir. MF bir çok hastada günlük yaşamı, uykuyu, özbakımı, kişilerarası ilişkileri, ev ve iş rollerini ve sosyalleşmeyi olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle semptom yönetimi önem kazanmaktadır ([Jawed ve ark. 2014](#)). MF hastalarında en yaygın görülen semptomlar kızarıklık (%64), pullanma (%60) ve kaşıntı (%54) olarak bildirilmiştir ([Demierre ve ark. 2006](#)). Bunların yanı sıra hastalığın seksüel aktiviteleri (%47), sosyal aktiviteleri (%48), aile aktiviteleri (%42), iş aktiviteleri (%45) ve birisini sevmeyi (%47) etkilediği vurgulanmaktadır ([Jawed ve ark. 2014](#); [McCann 2016](#)).

Kızarıklık ve Kuruluk: Steroidlerin antiinflamatuvar özellikleri kızarıklık ve kuruluğun semptomatik kontrolünde önerilmektedir. Kızarıklık ve kuruluğun olduğu bölgede steroid içeren krem, merhem, sprej ya da solüsyonların uygulanması ile kontrol edilebilir. Steroid tedavisinde aralıklı bir şekilde kullanım (5 gün kullanım, 2 gün ara verilerek) önerilmektedir. Pullu eritrodermada ise; steroid içeren ıslak bir sargının ile pansumanı yapılmasının etkili sonuçlar alınmasını sağladığı belirtilmektedir ([Jawed ve ark. 2014](#); [McCann 2016](#)).

Cildin bariyer görevini sürdürmesinde en etkin yöntem; sık ve doğru bir şekilde cildin nemlendirilmesidir. Ancak bu alanda kullanılan ürünlerin yağlı ve yapışkan bir görünüm taşıması ve kıyafetlere geçmesi nedeni ile hastalar tarafından estetik bulunmamaktadır. Krem temelli cilt bakım ürünleri ise bir diğer alternatif olup hastayı rahatlatmaktadır. Bazı hastalar nemlendirici/krem oranını 1/1 olarak kullanıp bir karışım elde etmekte ve bu karışımı kullanmaktadırlar. Bu yöntemin hastada görülen sonuçlar açısından en etkin ve estetik yöntem olduğu bildirilmektedir. Medikal olmayan krem, nemlendirici ve losyonlar ise gün içerisinde ihtiyaç durumunda kullanılması önerilmektedir ([McCann ve ark. 2016](#)).

Kaşıntı: Antipiruritik ajanlar kaşıntının giderilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli rol almasına rağmen bazı hastalarda tüm alternatif tedavi uygulamalarına rağmen kaşıntının giderilemediği gözlemlenmektedir. Bu nedenle hastalara kaşıntı semptomunun VAS- Visual Analog Skala (0-10 puan) kullanılarak şiddetinin belirlenmesi, kayıt edilmesi ve bu kayıtları kontrole gelirken yanında getirilmesi önerilmektedir. Hastalara antipiruritik ajanların sedatif etkisinden dolayı özellikle araba kullanmadan önce ve bir makine kullanırken ilaçlar konusunda dikkatli olmaları gerektiği belirtilmelidir. Bu nedenle hastalara geceleri yatmadan önce sedatif özelliği olan gündüzleri ise sedatif özelliği olmayan antipiruritik bu girişimlerin yeterli olmaması durumunda steroid kullanımı önerilmektedir. Bu yöntemlere rağmen kaşıntının devam etmesi durumunda zayıf lokal anestezikler uygulanabilmektedir. Hastaların kaşıntılarını önlemede soğuk su ile duş almak ve gün içerisinde bölgeye soğuk uygulama yapması önerilmektedir ([Jawed ve ark. 2014](#); McCann 2016).

Ağrı: Ciltte yanma, ağrı ve hassasiyet kaşıntıya göre daha az görülmekle birlikte hastalar için ciddi bir sıkıntı olabilmektedir. Ciltteki inflamasyon, hastalarda ya dokunma ile başlayan ya da devamlı olarak yanma hissi oluşturabilmektedir. Ödemli, çatlak ve zayıf cilt hareket ile ağrı oluşması bu bireylerde hareket kısıtlılığına yol açtığı gözlemlenmektedir. Ülserli yada nekrotik plakların olduğu bölgelerde ve tümörler özellikle enfeksiyon gelişmişse ağrı hissi olabilmektedir. Semptom yönetiminde ağrı yönetimi; basit analjeziklerden agresif tedavilere doğru yapılmaktadır. Hemşirelik girişimlerinde pozisyon değişimi, topikal ilaçların uygulanması, sıcak ya da soğuk uygulamalar, enfeksiyona karşı koruyucu giysi ya da bariyer kullanımı yer almaktadır. Yoğun deskuamasyonu olan bireylerin yanık ünitesinde takip edilmesi önerilmektedir ([Jawed ve ark. 2014](#); McCann 2016).

Enfeksiyon: MF hastalarında en sık karşılaşılan enfeksiyonlar arasında Staphylococcus Aureus yer almaktadır. Enfeksiyon etiyojisi etkenin vücuttan uzaklaştırılmasında önemlidir. Etken maddenin ciltten uzaklaştırılmadığı hastalarda oral ya da IV antibiyotik uygulamaları tercih edilmektedir. Profilaktik antibiyotik kullanımı ile enfeksiyonların görülme sıklığı azaltılabilir. Banyo sonrasında hasta ya da bakım vericiler tarafından lokal olarak uygulanabilen mupirosin merhem kullanılmaktadır. Hastaların ayrıca banyo ile birlikte enfeksiyondan korunmak için özel olarak hazırlanmış karışımı uygulaması önerilmektedir. Bu karışım; su dolu banyo küvetine konulan ¼ bardak beyazlatıcı, 1 bardak sirke, dakin's solüsyonu ve heksaklorofen karıştırılması ile hazırlanmaktadır. Hastalar bu karışımı her duş almalarında tekrarlı olarak kullanabilirler ([Jawed ve ark. 2014](#); McCann 2016).

Diğer Fiziksel Semptomlar: MF hastalarında yorgunluk, anemi, hipoalbuminemi, elektrolit bozuklukları, kilo değişiklikleri ve periferik ödem gözlemlenebilmektedir. Bireye özgü planlanacak girişimler ile cilt bariyer fonksiyonunun yeniden sağlanması, beslenme desteği, protein ve demir desteği, elektrolitleri yerine koyma, periferik vasküler hastalıklar ile ilişkili ödem için kompresyon terapisi ve yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerini etkilememesi için yaşam değişiklikleri gibi destekler önerilmektedir ([Jawed ve ark. 2014](#); McCann 2016).

Psikiyatrik Semptomlar: MF hastalarında fizyolojik semptomların yanında psikiyatrik sorunların da oldukça yaygın olduğu ve hastaların büyük bir çoğunluğunda depresyon, üzüntü, öfke ve huzursuzluk görüldüğü belirtilmektedir. Mikozis Fungoides hastalarında hastalığın ciddiyeti (%94), ölüm ile ilgili kaygılar (%80) ve beden imgesinde bozulma (%62) olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin hasta bireyi bu konularda problem çözmeye yönelik uygun girişimler için yönlendirmesi gerekmektedir. Güçlü ve sürekli iletişim hasta ile pozitif ilişkiler kurulması ve hastanın sağlık ekibi ile uyum içinde olmasını sağlayacağı için önemlidir. Hastanın doğru kararlar vermesi, kaygı ve endişelerini paylaşmak için yeterli zaman ayrılması, ihtiyaç duyulduğunda bakıma ulaşabilmesi ya da sorularına yanıt alabilmesi ve MF ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmesi konusunda ekip işbirliği sağlanmalıdır. Psikiyatri, cinsel terapist, sosyal kuruluşlar, evde bakım merkezlerinden destek alması hasta için hastalık yükünü azaltmada yardımcı olabilir. Hemşirenin hastayı ihtiyaç duyduğu zamanlarda ilgili birimlere yönlendirmesi gerekmektedir ([Jawed ve ark. 2014](#); McCann 2016).

Hasta Eğitimi

Mikozis Fungoides hastalarında ortaya çıkan semptomlar iş, aile ve sosyal rolleri etkilemekte ve bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle hastalık ve hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomların giderilmesi ve hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi konusunda hasta eğitimi önemli bir konuma sahiptir. Hasta eğitimi hastalığa ilişkin bilgileri, hastalığın evrelerini, semptomları, tedaviyi ve tedaviye bağlı ortaya çıkan yan etkileri içermelidir. Bunların yanı sıra hastanın gerekli durumlarda başvuracağı diğer birimler ile koordinasyon ve yönlendirme konusunda da bilgilendirme yapılmalı ve bu bilgilendirme hastanın hangi birimlere ne sıklıkta veya hangi koşullar ile karşılaştığında başvurması konularını içermelidir. Hastanın acil durumlarda iletişim kurabileceği kişi ya da kurumların iletişim bilgileri de mutlaka hasta ile paylaşılmalıdır ([Jawed ve ark. 2014](#); McCann 2016).

Hemşirelik Tanıları

Mikozis Fungoides kronik, ilerleyici ve bireyde fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açan bir hastalıktır. MF hastası bireyde olası hemşirelik tanıları;

- Yüzeysel lezyonlar ve kaşıntı nedeni ile **Doku Bütünlüğünde Bozulma Riski**
- Derinin bütünlüğünün bozulması ve koruyucu işlevlerini yerine getirememesine bağlı **Enfeksiyon Riski**

- Tümör dokusunun bölgesel etkilerine bağlı **Kronik Ağrı**
- Hastalığın bireyin dış görünüşünde meydana getirdiği değişikliklere bağlı **Bozulmuş Beden İmajı**
- Hastalığın bireyin dış görünüşünde meydana getirdiği değişikliklere bağlı **Sosyal İzolasyon**
- Hastalığın toplumda az görülmesi ve bilgi kaynaklarının yetersizliğine bağlı **Bilgi Eksikliği**
- Hastalık sürecine ve bilinmezliğe bağlı **Anksiyete/Etkisiz Başetme**
- Deri lezyonlarına bağlı cilt bütünlüğünün bozulması, tedavinin yan etkileri, ağrı nedenleri ile **Cinsel İşlevde Bozulma**
- Hastalığın az görülmesi, yüzeysel lezyonlar, kaşıntı, ağrı, kızarıklık gibi semptomların yarattığı rahatsızlık hissine bağlı **Konforda Bozulma**
- Hastalık ve tedavi sürecine bağlı **Kesintiye Uğramış Aile Süreçleri**

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak MF toplumda sık görülen ve bireyde fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilen kronik bir tablodur. MF hastalarında semptom kontrolünde hemşirelik bakımı önemli bir yer tutmaktadır. Etkin hemşirelik bakımı ile hastaların şikâyetleri azaltılabilmekte ve ortadan kaldırılabilmektedir. Hemşirelerin MF tanısı almış hasta bakımı konusunda bilgilendirilmesi ve planlı eğitimin yapılması bu hastalarda bakımın kalitesini arttıracaktır. MF hastalarına daha etkin bakımın sağlanabilmesi için hastalığa özgü semptom değerlendirme araçları geliştirilmesi ve kliniklerde kullanılmasının gerekli olduğu düşünülmekte ve önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Alberti-Violetti S, Talpur R, Schlichte M, Sui D, Duvic M. Advanced-stage mycosis fungoides and Sézary syndrome: survival and response to treatment. *Clinical Lymphoma Myeloma and Leukemia*. 2015;15(6):105-12.
- Chase AB, Markel K, Tawa MC. Optimizing Care and Compliance for the Treatment of Mycosis Fungoides Cutaneous T-Cell Lymphoma With Mechlorethamine Gel. *Clinical journal of oncology nursing*, 2015;19(6):E131-E139.
- Demierre MF, Gan S, Jones J, Miller DR. Significant impact of cutaneous T-cell lymphoma on patients' quality of life. *Cancer*. 2006;107(10):2504-2511.
- Diederer PV, Van Weelden H, Sanders CJ, Toonstra J, Van Vloten WA. Narrowband UVB and psoralen-UVA in the treatment of early-stage mycosis fungoides: a retrospective study. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2003;48(2):215-9.
- Engin B, Bairamov O, Kutlubay Z, Tüzün Y. Mikozis Fungoidesde Tedavi Yaklaşımları. *Dermatoz*. 2013;4(1):35-9.
- Hoppe RT. Mycosis fungoides: radiation therapy. *Dermatologic therapy*. 2003;16(4):347-54.
- Hwang ST, Janik JE, Jaffe ES, Wilson WH. Mycosis fungoides and Sézary syndrome. *The Lancet*. 2008;371(9616):945-57.
- Jawed SI, Myskowski PL, Horwitz S, Moskowitz A, Querfeld C. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sezary syndrome): part II. Prognosis, management, and future directions. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014;70(2):223-e1.
- Jumbou O, N'guyen JM, Tessier MH, Legoux B, Dreno B. Long-term follow-up in 51 patients with mycosis fungoides and Sezary syndrome treated by interferon-alfa. *British Journal of Dermatology*. 1999;140:427-31.
- Kayıkçı Ö, Kayıkçı MA. Mikozis Fungoides ve Sezary Sendromu. *Türkiye Klinikleri Journal of Hematology Special Topics*, 2017;10(2):153-160.
- Kessler J, Levine N, Meyskens F, Lynch P, Jones S. Treatment of cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides) with 13-cis-retinoic acid. *The Lancet*, 1983;321(8338):1345-7.
- Kim YH, Martinez G, Varghese A, Hoppe RT. Topical nitrogen mustard in the management of mycosis fungoides: update of the Stanford experience. *Archives of Dermatology*. 2003;139(2):165-173.

- McCaffrey S, Black RA, Nagao M, Sepassi M, Sharma G, Thornton S, Kim YH, Braverman J. Measurement of Quality of Life in Patients with Mycosis Fungoides/Sézary Syndrome Cutaneous T-Cell Lymphoma: Development of an Electronic Instrument. *J Med Internet Res* 2019;21(1):e11302, DOI: 10.2196/11302
- McCann SA. Cutaneous T-cell lymphoma: Overview and nursing perspectives. *Nursing Clinics*, 2007; 42(3): 421-455.
- McCann SA, Chase AB, Tawa MC. Gelling Your Dermatology Nursing Practice: A Practical Guide for Managing the Treatment of Mycosis Fungoides Cutaneous T-Cell Lymphoma With Mechlorethamine Gel. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*. 2016;8(3):180-192.
- National Cancer Institute (NCI), Mycosis Fungoides Treatment, Erişim: 30.12.2018. <http://www.cancer.gov/types/lymphoma/patient/mycosis-fungoides-treatment-pdq>
- Olek-Hrab K, Silny W. Diagnostics in mycosis fungoides and Sezary syndrome. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*. 2014;19(2):72-6.
- Olsen E, Vonderheid E, Pimpinelli N, Willemze R, Kim Y, Knobler R, et al. Revisions to the staging and classification of mycosis fungoides and Sezary syndrome: a proposal of the International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL) and the cutaneous lymphoma task force of the European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Blood*. 2007;110(6):1713-22.
- Trautinger F, Knobler R, Willemze R, Peris K, Stadler R, Laroche L, Et Al. EORTC consensus recommendations for the treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome. *European Journal of Cancer*. 2006;42(8):1014-1030.
- Vonderheid EC. Treatment planning in cutaneous T-Cell lymphoma. *Dermatologic Therapy*. 2003;16(4):276-82.
- Whittaker S, Hoppe R, Prince HM. How we treat mycosis fungoides and sezary syndrome. *Blood*. 2016;blood-2015.
- Willemze R, J ImMeijer C. Classification of cutaneous T-cell lymphoma: from Aliberto WHO-EORTC. *Journal of cutaneous pathology*. 2006;33(s1):18-26.
- Wilson LD, Jones GW, Kim D, Rosenthal D, Christensen IR, Edelson RL, et al. Experience with total skin electron beam therapy in combination with extracorporeal photopheresis in the management of patients with erythrodermic (T4) mycosis fungoides. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000;43(1):54-60.
- Zackheim Hs, Kashani-Sabet M, Amin S. Topical corticosteroids for mycosis fungoides: experience in 79 patients. *Archives of Dermatology*. 1998;134(8):949-54.
- Zinzani PL, Ferreri AJ, Cerroni, L. Mycosis fungoides. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2008;65(2):172-82.