

Kanserli Hastalarda Gastrointestinal Sorunlara Yaklaşım

Şuayib Yalçın

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Medikal Onkoloji Bölümü

Abstract

Besides an effective anticancer treatment, palliative and supportive care of patients is pivotal in cancer management. Most of the times it is impossible to cure the disease, however an effective supportive care strategy increases the quality of life and may have impact on patient survival. This chapter focuses on the management of most common symptoms related to cancer and cancer treatment.

Kabızlık

Kabızlık ileri evre kanser hastalarında %50 oranında görülür, opioid kullanan kanser hastalarında ise bu oran %95'e kadar çıkar (1). Yaşlı hastalar, kadın hastalar ve karın içi tümörleri olanlarda kabızlık daha sık görülür. Konstipasyonun en sık nedeni immobilitate, oral alım azlığı, opioid ve antikolinergik, antiinflamatuvar, diüretik, antihistaminikler gibi kabızlık yapan ilaç kullanımı, dehidratasyon, hiperkalsemi, hipokalemi, tümörün barsaklara basısı, nöral pleksus invazyonu ve barsak obstrüksiyonudur. Kabızlık abdominal distansiyon, ağrı, bulantı-kusma, diyare, hemoroid, anal fissür, pseudo-obstrüksiyon ve üriner retansiyona yol açabilir. Kabızlıkta bulantı kusma intestinal obstrüksiyonu düşündürmeli ve bu hastalarda obstrüksiyon mutlaka ekarte edilmelidir. Kabızlıkta öncelikle önleyici önlemler alınmalıdır. Bunun için önce hasta ve aile eğitilmelidir. Kabızlığın önlenmesi için hasta yeterli sıvı almalı, ancak diyetle aşırı lif ve posadan kaçınılmalıdır. Hastanın aldığı ilaçlar gözden geçirilmelidir. Opioid alan hastalara eş zamanlı laksatif verilmelidir. Bazen opioid ilaç türünün değiştiril-

mesi konstipasyonu giderebilir. Fentanil ve metadon morfine göre daha az konstipasyon yapar. Medikal tedavide ilk olarak senna glikozidleri, bisokodil, fenoltalein gibi bir stimulant 1-2 tablet gün ile başlanır, gerekirse doz 2-4 tablete çıkarılır. Dirençli vakalarda laktuloz günde 3-4 kez 30 cc kullanılabilir. Fekal impaksiyon varsa lavman yararlıdır, proksimal impaksiyonda magne-sium oksit tercih edilmelidir. Üç günden fazla süren kabızlıkta lavman veya suppozituar kullanılmalıdır. Bu hastalara laksatif tedavi de başlanmalı veya zaten alanlarda ise doz artırılmalıdır (1-3).

Disfaji

Disfaji kanserli hastalarda beslenme bozukluğuna yol açabileceği ve aspirasyon pnömonisi gibi ikincil morbidite riskini artıracığı için erkenden etkin şekilde tedavi edilmelidir.

Disfaji kanser hastasında özefagofaringeal bölgeden köken alan tümörler nedeniyle doğrudan alabileceği gibi özellikle radyoterapi ve kemoterapi sonrası da görülebilir. Diğer başlıca disfaji nedenleri peptik darlık, alt özefagus halkası, yabancı cisim, mediastinal hastalıklar, veya nöro-

muskulere nedenlere bağlı motilite bozukluklarıdır. Disfajinin bir diğer önemli nedeni de infeksiyöz orijinli özefajittir. Bu hastalarda disfaji dışında odinofaji ve retrosternal ağrı da görülebilir. Özellikle kandida özefajitinde antifungal tedavi, amfoterisin-B veya flukanazol ile yapılır. Flukanazol yan etki ve tolerans nedeni ile tedavide ilk seçim ilaçtır. Radyoterapi ve kemoterapiye bağlı şiddetli özefajite bağlı durumlarda oral alım kesilir. Parenteral beslenme ve ağrı kontrolü yapılır. Ağrı için gerekirse narkotik analjezikler bile kullanılabilir. H2 reseptör blokörleri ve proton pompa inhibitörleri asiditeye bağlı hasarı azaltır ve iyileşme sürecini kısaltabilir. Disfajisi olan hastalarda mutlaka endoskopik değerlendirme yapılır. Bu hastalarda submukozal fibrozis ve strüktür oluşumu saptanırsa dilataşyon yapılır. Primer tümörlerde disfajiyi gidermek için palyatif amaçlı stent yerleştirilebilir. Ayrıca laser tedavisi de yapılabilir (4). Bu hastaların diyeti de ayarlanmalı, hastalar sıvı, yumuşak kıvamda besinler almalı, hastalar yatarken değil dikey pozisyonda beslenmelidir.

Bulantı ve Kusma

Bulantı-kusma kansere doğrudan bağlı olabileceği gibi kemoterapi, radyoterapi, karaciğer ve beyin metastazları, metabolik nedenler ve diğer ilaçlara bağlı olarak da görülebilir. Kansere bağlı bulantı/kusmada antiemetikler düzenli olarak kullanılmalıdır. Antiemetiklere ek olarak hastalarda korku, endişe ve ağrı bu-

lantı kusmayı indükleyebileceği için bu semptomlar uygun şekilde tedavi edilmelidir. Antiemetikler hastanın durumuna göre oral, intravenöz veya rektal supozituar şeklinde alınabilir. Kemoterapi ve radyoterapiye bağlı bulantı-kusmada öncelikle tedavi öncesi bulantı-kusmaya yönelik risk değerlendirmesine göre antiemetik profilaksi yapılmalı ve yüksek riskli, özellikle yüksek doz sisplatin alan hastalarda antiemetikler tedavi sonrası 2-3 gün daha devam edilmelidir. Tedavide seçilecek ilaç ondansetron 8 mg oral veya iv günde 3 kez, granisetron 2 mg iv günde bir kez veya 1 mg günde 2 kez, tropisetron 5 mg oral veya iv günde 1 kez şeklindeki 5-hidroksitriptamin3 antagonistleridir. Şiddetli bulantısı ve kusması olanlarda iv yol tercih edilmelidir. Ayrıca steroid (deksametazon 10 mg), antihistaminikler ve benzodiazepinler ve nöroleptik (fenotiyazin, bütirefenon) ilaçlarda kombine edilir. Bir dopamin antagonisti olan metoklopramid özellikle tedavi sonrası gecikmiş bulantı/kusma tedavisinde etkilidir. Yüksek dozlarda yüksek etkili bir ilaç olmasına rağmen metoklopramidin akut distonik reaksiyon gibi istenmeyen rahatsız edici yan etkileri vardır. Bu durumda antihistaminikler intravenöz olarak kullanılır. Bu tedavilere rağmen bulantı/kusma olursa aynı ilaçlarla veya profilakside kullanılmamış diğer ilaçlarla kurtarma tedavisi yapılır (5). Tablo 1'de bulantı-kusma tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar ve rejimler özetlenmiştir.

Tablo 1. Bulantı-kusma profilaksi ve tedavisinde kullanılan başlıca ilaçlar ve dozları

Antiemetik	Doz ve rejim	
	Oral	Intravenöz
Granisetron	2x1 mg/gün	3 mg tek doz
Ondansetron	3x8 mg/gün	8 mg X 1-3/gün
Tropisetron	5 mg/gün tek doz	5 mg/gün tek doz
Deksametazon	20 mg/gün tek doz	20 mg/gün tek doz
Metoklopramid	2-3 mg/kg günde 3-4 kez	2-3 mg/kg günde 3-4 kez
Haloperidol	1-2 mg 4-6 saatte bir	1-3 mg 4-6 saatte bir
Lorazepam	0.5-2 mg	0.5-2 mg 4-6 saatte bir

Fekal İnkontinans

Fekal inkontinans durumlarında öncelikle neden bulunmalıdır. Diyare, konstipasyon ve nörolojik lezyonlar en sık nedenlerdir (6). Bu hastalarda rektal sfinkter bozukluğu da kontrol edilmelidir. Diare ve konstipasyona yönelik tedbirler alınmalıdır. Hastalar sık ve düzenli tuvalete gitmelidir. Geri dönüşümsüz inkontinans durumunda özellikle perine ve cilt bakımı önemlidir (6).

Kserostomi (Ağız kuruluğu)

Antikolinergik ilaçlar, fenotiyazinler, antihistaminikler, trisiklik antidepresanlar, opioidler, ağızdan solunum, dehidratasyon, hipovolemi, radyoterapi, Sjogren sendromu ve tükürük bezi hastalıkları ağız kuruluğunun en sık nedenleridir. Tedavisinde öncelikle sık sıvı alma örn: sık küçük miktarlarda sıvı içme, düzenli buz kırıntısı çiğneme, dondurma ve şekersiz içecek alma, irrigasyon yapılabilir. Tükürük yerine geçen spreylere, tükürük uyarıcılar; öksürük şurupları, şekersiz çiklet kullanılabilir. Ağız bakımı önemlidir. Bir çay kaşığı soda + çay kaşığı hidrojen peroksit bir bardak suya koyularak ağız temizliği yapılır. Hastalar kuru, tatlı, şekerli, asitli, baharatlı aşırı sıcak veya soğuk gıdalardan kaçınmalıdır. Alkol ve tütün kullanmamalıdır. Diyetinde yumuşak yiyecekler tercih edilmelidir (7).

Mukozit

Kanser hastalarında en sık stomatit nedenleri kemoterapi ve radyoterapidir. Moniliazis, aftöz ülserasyonlar, herpetik lezyonlar, kötü ağız ve diş bakımı, vitamin eksiklikleri diğer en sık nedenlerdir. Mukozit, kemoterapi ve radyoterapi-den yaklaşık 5-7 gün sonra ortaya çıkar ve genellikle 2-3 hafta sürer. En sık mukozit yapan kemoterapetik ilaçlar 5-fluorourasil, metotreksat, doksorubisin ve bleomisinidir. Bu hastalarda öncelikle korunma amaçlı iyi ağız ve diş bakımı gereklidir. Kemoterapi sırasında buz parçacıkları ile ağız mukozasını soğuk tutmak yararlıdır.

Hastalar tuzlu veya bikarbonatlı ağız bakımı yapmalı ve yumuşak diş fırçaları ile düzenli diş temizliği uygulamalıdır. Stomatit durumunda bu ağız bakımı artırılmalıdır. Ancak alkol ve hidrojen peroksit içeren gargaralardan kaçınılmalıdır. Mukozitler çok şiddetli ağrıya neden olabilirler. Lokal anestezipler topikal uygulandığında kısa süreli de olsa rahatlama sağlar. Özellikle yemek öncesi analjezikler alınmalıdır. Analjezikler oral veya intravenöz uygulanabilir. Magnezyumlu antiasitler, difenhidramin, sukralfat stomatitin palyatif tedavisinde yararlıdır. Kandida tespit edilirse oral nistatin solusyonları ile gargara veya şiddetli durumlarda flukanazol gibi sistemik antifungal tedavi tercih edilmelidir. Orofaringeal kandidiaziste mutlaka sistemik antifungal tedavi ve beslenme desteği yapılmalıdır (1,2,6,7).

Diyare

Kanser hastalarında diyare çok sık rastlanan bir sorundur, diyarenin nedeni iyi araştırılmalı ve nedeni bulunmaya çalışılmalıdır. Diyare sıvı ve elektrolit kaybı, fekal inkontinans ve perine irritasyonuna neden olabilir, hatta renal fonksiyon bozukluğu ve ölüme yol açabilir. Diyarenin nedeni kemoterapi, radyasyon, enterik fistüller, malabsorbsiyon, karsinoid tümörler, Zollinger-Ellison sendromu, post-gastrektomi, kısa barsak sendromu veya infeksiyöz orijinli olabilir. Özellikle parsiyel intestinal obstruksiyonlarda ve şiddetli konstipasyonlarda diyare atakları görülebilir. Diyare tedavisi için etiolojisi araştırılmalı ve temel tedavi buna göre düzenlenmelidir. Diyareli hastalarda öncelikle dehidratasyon ve elektrolit durumu kontrol edilmelidir. Hastalar semptomatik olarak rehidrate edilmeli ve elektrolit replasmanı yapılmalıdır. Kemoterapiye bağlı diyarede öncelikle loperamid veya difenoksilat kullanılır. Düzelmeyen vakalarda subkutan somatostatin analogları ve barsak flora değişikliği için antibiyotik kullanılır. Hastaların beslenmesinde bol protein ve kaloriden zengin ancak az posalı, gastrointestinal irritasyon ve stimülasyon yapmayan yiyecekler önerilmelidir (3,6,8).

Kaşeksi

Kanser kaşeksi iştahsızlık ve kilo kaybı ile giden bir metabolik sendromdur. Kemoterapi bu durumu artırabilir. Bulantı-kusma, tat duyusu değişiklikleri, tümörün doğrudan veya sistemik olarak gastrointestinal etkileri kaşeksi gelişimini etkiler. Kaşekside beslenme durumunun değerlendirilmesi ve diyet konsültasyonu gereklidir. Kaşeksi tedavisinde en sık kullanılan ilaç Meges-terol asetat olup dozu- 160-1600 mgr'dır (1,9). Daha düşük dozlarda da iştahı artırabilir. Anti-histaminikler ve steroidler de iştahı artırır. Depresif hastalarda antidepressif antidepressan ilaçlar hem hastaların depresif belirtilerini ortadan kaldırmakta hem de iştahı artırmakta yararlıdır (1).

Kaynaklar

1. Driver LC, Bruera E. *The MD Anderson Palliative Care Handbook, The University Of Texas MD anderson Cancer Center, Houston, 1999.*
2. Mancini I, Bruera E. *Constipation in advanced cancer patients. Support Care Cancer 1998;6:356-364.*
3. Sykes N. *Constipation and diarrhea. In Doyle D, Hanks G., MacDonalds N(eds) Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford, OUP, 1998;513-526.*
4. Giap AQ, Chang KJ. *Management of obstructive complications of upper gastrointestinal tract: Esophagus, stomach, and biliary tree. In: Abbruzzese J, Evans DB, Willet CG, Fenoglio-Preiser C (eds). Gastrointestinal Oncology, Oxford University Pres, Oxford 2004: 866-874.*
5. Yalçın S, Tekuzman G, Baltalı E, Özışık Y, Barışta I. *Serotonin Receptor Antagonists in Prophylaxis of Acute and Delayed Emesis Induced by Moderately Emetogenic Single-day Chemotherapy: a randomized study. American Journal of Clinical Oncology 1999;22:94-96.*
6. Sinicrope FA, Levin B. *Gastrointestinal Complications. In: Bast RC, Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Holland JF, Frei E (eds), Cancer Medicine, BC Decker, Londra 2002;2359-2370.*
7. Sonis ST. *Oral complications. In: Bast, Kufe, Pollock, Weichselbaum, Holland, Frei (eds) Holland Frei Cancer Medicine. BC Decker, Hamilton, 2000;2359-2370.2371-2379.*
8. Valley AW: *Gastrointestinal complications of cancer chemotherapy. In: Balmer C, Finley RS(eds): Concepts in Oncology Therapeutics, Bethesda, American Society of Health System Pharmacists 1998.*
9. Loprinzi CL, Ellison NM, et al. *Controlled trial of megestrol acetate for treatment of cancer anorexia and cachexia. J natl Cancer Inst 1990;82:1127.*