

Hemşireler için Klinik Uygulama Kılavuzu

Yetişkinlerde Kanser Tedavisi Kaynaklı Bulantı ve Kusma



Bu broşur Helsinn ve Tesaro'dan sınırlı eğitim fonları ile desteklenmiştir

HELSINN



TESARO

A GSK company

İçindekiler

1. Giriş	4
2. Sınıflandırma ve patofizyoloji	5
3. Risk faktörleri	8
4. Yönetim	11
5. Kılavuzlar yardımcı olur	16
6. Hemşireler bir fark yaratır	20
7. Referanslar ve okunacak diğer belgeler	24

© Copyright 2019 Avrupa Onkoloji Hemşireliği Derneği (EONS)

Anita Margulies, Patrick Jahn – Eş başkanlar

Anki Delin Eriksson, Sara Torcato, Cheryl Vidall – Çalışma

Grubu Karin Jordan – Tıbbi Danışman

Iveta Nohavová – Proje Yöneticisi

Tıbbi yazım ve tasarım desteği TMC Strategic Communications tarafından sağlanmıştır.

Bu broşürde sunulan bilgiler yalnızca rehberlik içindir. Hazırlık, üretim ve sunumda gereken tüm özenin gösterilmiş olmasına karşın katılımcıların belirli konularda ek öneri alması tavsiye edilir. EONS hedef materyallerdeki herhangi bir hata veya eksiklikten hiçbir sorumluluk veya yükümlülük kabul etmez ve tüm katılımcılara materyallerde yayınlanan herhangi bir bilgi sonucunda bir eylemde bulunmadan önce bağımsız öneri alması tavsiye edilir.

Hedef materyallerde belirtilen herhangi bir ürün için endikasyonlar, kontrendikasyonlar, uyarılar, önlemler, advers reaksiyonların tam listesi için tam prospektüs bilgilerine ve dozaj ve uygulama kılavuzlarına başvurun.

Bu broşür Helsinn ve Tesaro'dan sınırlı eğitim fonları ile desteklenmiştir.

Helsinn ve Tesaro broşürün geliştirilmesine dahil olmamıştır. Nihai aşamada bir inceleme imkanı sunulmuş ve alınan yorumlar Çalışma Grubu ve Tıbbi Danışman tarafından bağımsız şekilde kabul edilmiş veya reddedilmiştir.



A GSK company

1. Giriş

Bu broşürün amacı bilgi paylaşmak ve yetişkinlerde kanser tedavisi ile ilişkili bulantı ve kusmanın (bu broşür boyunca B-K olarak anılmaktadır) optimal tedavisi konusunda hemşireleri desteklemek ve güçlendirmektir.

B-K temelde kemoterapi ile ilişkili olmak üzere kanser tedavisinin en sık görülen semptomudur ancak ayrıca hastalığın kendisi dahil başka nedenlere de bağlı olabilir. Bulantı yaşayan hastalarda terleme, artan kalp hızı ve baş dönmesi dahil başka çeşitli semptomlar görülebilir. Kusmaya ek olarak hastalarda ayrıca öğürme (veya kuru öğürme) yaşanabilir.

B-K'nin kontrol altına alınması konusunda büyük gelişmeler kaydedilmesine karşın kanser tedavisinin hala en yaygın ve rahatsız edici semptomlarından biridir. Avrupa'da 212 onkoloji hemşiresinde yapılan bir ankette yalnızca %19'u hastalarının çoğunun B-K'yi optimum şekilde kontrol altına aldığını bildirmiştir. Doğru şekilde yönetilmediğinde B-K hastanın sağlığını ve yaşam kalitesini düşürebilir ve kanser tedavisinde kesintiye neden olabilir.

Hemşireler B-K'nin değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetiminde öncü bir rol oynar. B-K patofizyolojisi, uluslararası tedavi kılavuzları ve yerel olarak mevcut ilaçlara ilişkin iyi bir anlayışla hemşireler hastalara ve bakıcılara önemli destek sağlayabilir, B-K'yi etkin şekilde yönetebilir ve tedavi sonucunu ve hastaların yaşam kalitesini etkileyebilirler.



Kilit Noktalar

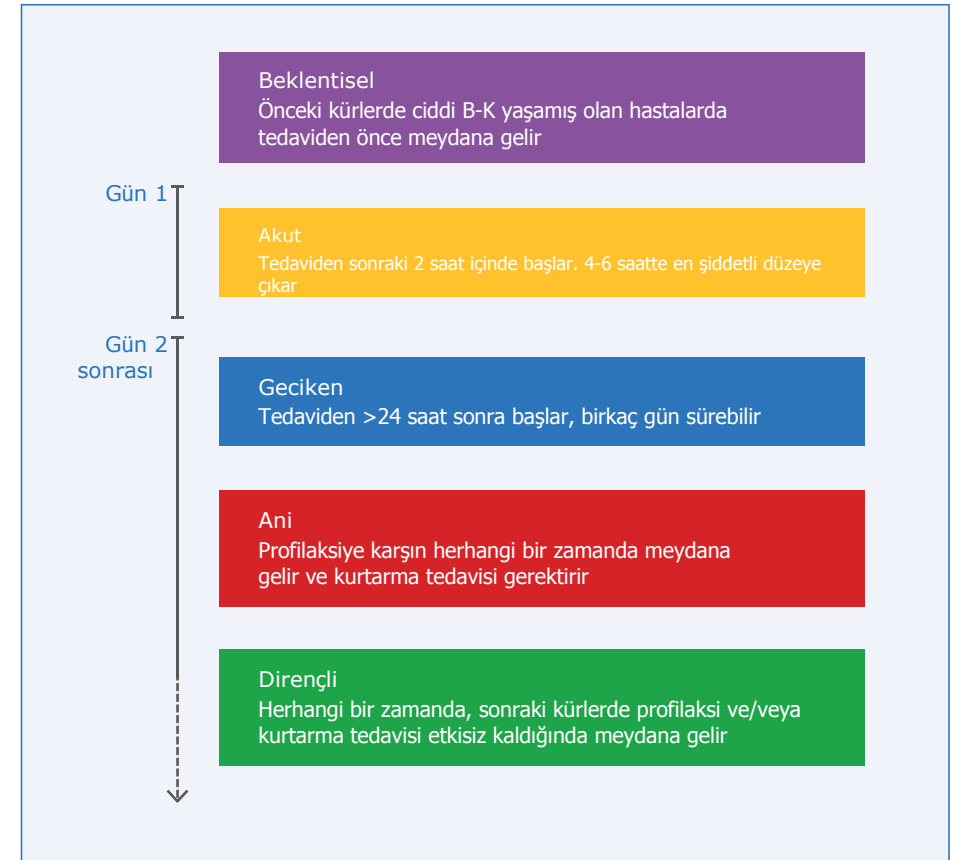
1. Hemşirelerin yalnızca %19'u kanser tedavisi gören hastalarının çoğunun B-K'lerini optimum şekilde kontrol altına aldığını düşünmektedir
2. B-K hastaların sağlığında, yaşam kalitesinde ve kanser tedavisinde olumsuzluklara neden olabilir
3. Tedavi ilkelerine ilişkin daha iyi bir anlayışla hemşireler gerçek bir fark yaratabilir ve kanser hastalarında B-K'nin önlenme düzeyini iyileştirebilir

2. Sınıflandırma ve patofizyoloji

Sınıflandırmalar

Kanser tedavisi gören hastalarda B-K'nin beş ana sınıflandırması mevcuttur (Şekil 1).^{2,3}

Şekil 1. B-K'nin ana sınıflandırmaları^{2,3}



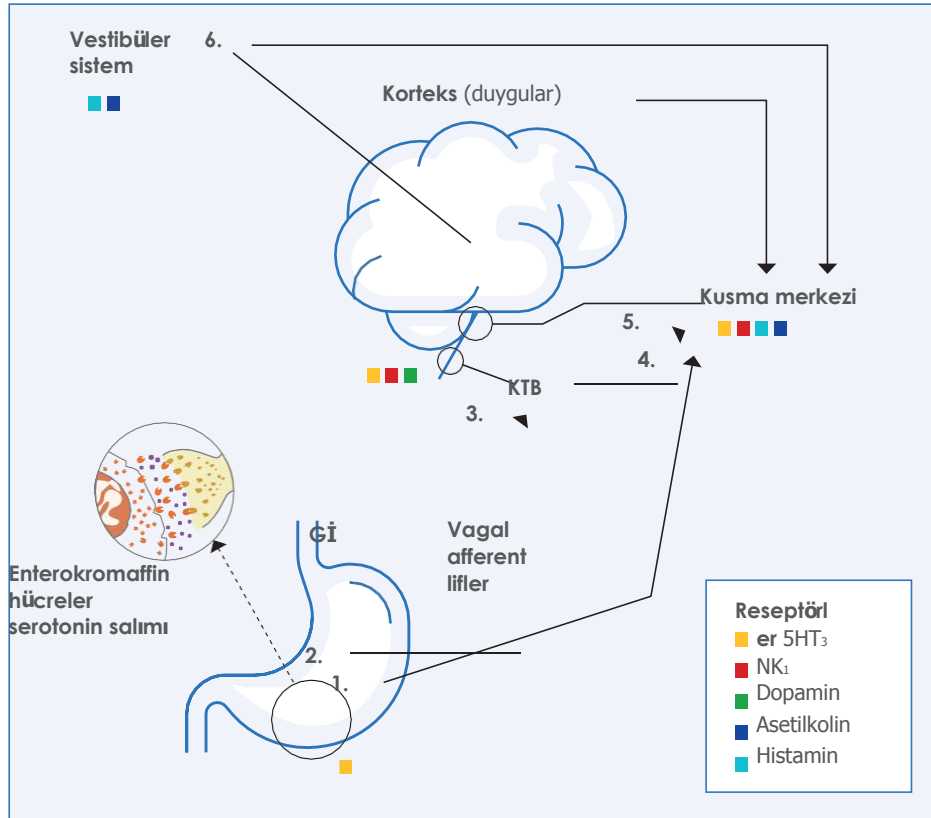
Hemşirelere göre, geciken semptomların tedavisi özellikle zorlayıcıdır.^{1,4} Beklentisel semptomlar genelde yeni bir kemoterapi kürüne başlanmadan önce gerçekleşir ve kanser tedavisinin önceki küründe veya önceki kanser tedavisinde etkili antiemetik tedavi görmeyen hastalar tarafından yaşanır ve yönetilmeleri çok zor olabilir.

Patofizyoloji

B-K normal bir fizyolojik süreçtir ve kanser tedavisi ile ilişkili semptomlara dahil olan yollar gıda zehirlenmesi veya taşıt tutması gibi B-K'nin herhangi bir türüne dahil olan yollarla aynıdır. Tek fark tetikleyicidir ve bu durumda tetikleyici kanser tedavisidir. Bu süreç sindirim sistemi ve beynin farklı alanlarındaki spesifik reseptörlere bağlanan nörotransmitterlerin salınmasını içerir.^{3,5-7}

Şekil 2'de kemoterapi ile ilişkili B-K'ye dahil olan yollar ve çeşitli nörotransmisyon sinyallerinin nerede aktif olduğu gösterilmektedir. Kanser tedavisi nedeniyle radyoterapi gören hastalarda benzer bir sürecin gerçekleştiği düşünülmektedir.⁸ B-K yönetiminde kullanılan antiemetik ajanlara ilişkin daha fazla bilgi için bkz. Bölüm 4.

Şekil 2. B-K patofizyolojisi ve antiemetik ajanların aktivite bölgesi



Bağırsak duvarındaki enterokromaffin hücreler temelde serotonin olmak üzere kimyasal mediatörlerin salınımı gerçekleştirir **(1)**. Serotonin afferent vagus liflerin 5HT₃ reseptörlerine bağlanarak **(2)** sinir impulslarının kemoreseptör tetikleme bölgesine (KTB) ve **(3)** doğrudan kusma merkezine (merkezi pattern jeneratörü) gönderilmesine neden olur **(4)**, bunların her ikisi de beyin sapındadır. KTB ve kusma merkezi, serotonin (5HT₃ reseptörleri), madde P (NK₁ reseptörleri) ve dopamin (dopamin D₂ reseptörleri) dahil çeşitli nörotransmitterler için reseptörleri içerir. KTB sinyalleri kusma merkezine gönderir **(5)**, bu da ayrıca vestibüler sistemden **(6)** ve serebral korteksten gelen impulslar ile aktive olur **(7)**. Kusma merkezi, tükürük salgılama ve solunum merkezleri dahil beynin diğer alanlarına sinyaller gönderir ve efferent liflerin kusmaya dahil olan organları aktive etmesi için uyarım yapar.

Akut B-K temelde 5HT₃-baskın yolak aracılığıyla gerçekleşirken geciken B-K temelde merkezi NK₁ reseptör aracılı yolakla gerçekleşir.^{6,9}



Kilit Noktalar

1. B-K yolağı normal bir fizyolojik yolağıdır
2. Kanser tedavisi B-K'ye neden olan temel tetikleyicidir
3. B-K yolağına dahil olan temel nörotransmitterler serotonin, madde P ve dopamindir

Klinik Uygulamanızı Optimize Edin

1. Patofizyoloji konusunda düzenli, güncel bilgi alış veriş planlayın. Onkolog ve yüksek hemşireler ile birlikte bilgi oturumları koordine edin

3. Risk faktörleri

Bir hastada B-K gelişme riski kanser tedavisi ile ilgilidir (Tablo 1)^{2,3,6,7,9,10}. Ayrıca bireysel hasta özellikleri ile de bağlantılıdır ve B-K gelişme riskinde bir artışla yaygın şekilde ilişkilendirilen faktörler şunları içerir: kadın olmak, <60 yaş, gebelikte B-K öyküsü veya taşıt tutması, anksiyete, düşük alkol tüketimi, B-K gelişmesi bakımından tedavi öncesi daha yüksek beklenti ve kemoterapiden önceki gece <7 saat uyku. Bir hastada B-K gelişme ihtimalinin doğru şekilde değerlendirilmesi ve buna göre antiemetik profilaksinin değiştirilmesi ile hemşireler antiemetik tedavinin etkili olma şansını artırabilir. Bu amaçla kullanılabilecek çok çeşitli risk değerlendirme araçları mevcuttur. Ayrıca B-K'nin, karaciğer metastazı, ileus, beyin metastazları veya ödem ve metabolik komplikasyonları içerebilen diğer başka herhangi bir nedeninin ekarte edilmesi önemlidir. Hastalar arasında özellikle değişeceğinden her bireysel hastanın özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre antiemetik profilaksisinin kişiselleştirilmesi kritik önem taşır.

Tablo 1. Sistemik kanser tedavisi ile ilgili risk faktörleri^{2,3,6,7,9,10}

B-K türü	Risk faktörleri
Akut	- Kanser tedavisinin emetik potansiyeli - Evde reçetesiz antiemetikler kullanma - Kemoterapinin ilk kürü/kürleri - Kemoterapi dozu - Uygulama yolu - Beklentisel B-K - Kemoterapinin önceki bir küründe B-K
Geciken	- Kanser tedavisinin emetik potansiyeli - Kılavuzla uyumlu olmayan profilaksi - İkincil antiemetiklerin kullanılmaması - Beklentisel bulantı - Akut B-K
Ani	Uygun olmayan antiemetik profilaksisi
Beklentisel	Kemoterapinin 1. küründe B-K

Sistemik kanser tedavisi ile ilgili risk faktörleri

Tedaviyle ilgili temel faktörler tedavinin türü ve dozu, B-K'ye neden olma ihtimali (emetojenisite) ve kullanılan antiemetik profilaksisi türüdür. Farklı ilaçların kombinasyonu veya bunların radyoterapi ile birleştirilmesi tedavi emetojenisitesini artırabilir.

Kemoterapi

Sisplatin en emetojenik parenteral ajandır (Tablo 2).^{2,3,10} Genelde, çoğu immünoterapi ve monoklonal antikor tedavileri B-K'ye neden olma bakımından düşük veya minimal riske sahip olarak değerlendirilebilir. Hemşireler emetojenik risk tablosunu kullanarak emezis riskini kontrol edebilir. Geciken emezis ile ilişkilendirilen çoğu rejim yüksek emetojenisiteye sahiptir ancak bu kategoride ayrıca orta düzeyde emetojenik olan bazı ajanlarda mevcuttur.² Bununla birlikte, hastaların bu sınıflandırmadan bağımsız şekilde B-K yaşayabileceği unutulmamalıdır.

Tablo 2. Kanser ilaçları ile akut emezis riski^{2,3,10}

Emetojenisite derecesi	B-K riski, %	Örnekler*	
		Parenteral	Oral
Yüksek	>90	Sisplatin Antrasiklin/siklofosfamid Siklofosfamid ≥ 1500 mg/m ² Dakarbazin	Prokarbazin
Orta	>30—90	Bendamustin Karboplatin Siklofosfamid <1500 mg/m ² Doksorubisin Oksaliplatin	Bosutinib Krizotinib Siklofosfamid Temozolomid Vinorelbin
Düşük	10—30	Aflibersept Setuksimab Doseksel 5-fluorourasil Gemsitabin Metotreksat Pemetreksed Topotekan	Afatinib Kapesitabin Etoposid Everolimus Lapatinib Regorafenib Tegafur urasil Vandetanib
Minimal	<10	Bleomisin Fludarabin Nivolumab Trastuzumab Vinkristin Vinorelbin	Klorambusil Erlotinib Gefitinib Melfalan Metotreksat Sorafenib

*Bunlar sadece birkaç yaygın örnektir. Tam liste için, bkz. NCCN 2019² ve Roila ve ark. 2016.¹⁰ Hesketh ve ark., yayınından uyarlanmıştır. 2018,² NCCN 2019² ve Roila ve ark. 2016.¹⁰

Radyoterapi

Radyoterapi kaynaklı B-K tedavi gören hastaların %50–%80’inde meydana gelebilir.⁸ Bu risk tedavi bölgesine ve radyasyon uygulanan doku hacminin yanı sıra (Şekil 3)¹¹ ayrıca bu bölümde daha önce belirtildiği gibi hasta özelliklerine de bağlıdır.

Şekil 3. Radyoterapi ile B-K riski. Ruhlmann ve ark., yayınından uyarlanmıştır. 2017¹¹

Yüksek	Tüm vücut
Orta	Üst karın, kraniospinal
Düşük	Kranium, baş ve boyun, toraks bölgesi,
Minimal	Ekstremiteler, meme
Eşzamanlı kemoradyoterapi	Radyoterapinin emetojenik riski daha yüksek olmadığı sürece risk kullanılan kemoterapiye

4. Yönetim

B-K yönetiminde belirgin miktarda ilerleme kaydedilmiştir. Daha önce, kanser tedavisi gören neredeyse tüm hastaların B-K yaşayacağı bekleniyordu. Günümüzde B-K’nin nasıl kontrol altına alınacağı konusunda daha fazla şey biliniyor ve kullanılabilecek daha fazla etkili ajan mevcut. Hemşireler hastalarına, B-K’nin kanser tedavisinin kaçınılmaz bir sonucu olmadığı konusuna güvence vermelidir.

Yönetimin amacı tedaviye bir **tam yanıt** sağlamak, emezis yaşanmaması ve bulantı veya kusma için kurtarma ilacı gerekmemesidir. Etkili yönetimin anahtarı önlemedir⁶ ve bu yüzden tedavinin ilk küründen itibaren en etkili profilaksinin kullanılması kritik önem taşır. ‘Bekle ve gör’ yaklaşımının yararı konusunda kanıt yoktur ve aslında bu yaklaşım B-K’nin sonraki epizodlarının yönetilmesini daha zor hale getirebilir.

B-K semptomlarının kötü yönetimi dehidratasyon, anoreksi, yaşam kalitesinde azalma, kendine bakım ve günlük aktivitelerde azalma dahil yıkıcı sonuçlara sahip olabilir ve en önemlisi de tedavi sonucunu olumsuz etkileyebilecek şekilde tedavi kesintilerine yol açabilir.^{3,6,9,12}

Farmakolojik tedavi

B-K yönetiminde kullanılan temel ilaçlar etkisini, B-K sinyalizasyon yollarında sinir impulslarının aktarılmasına dahil olan reseptörlere kanser tedavisine yanıt olarak salınan kimyasal mediatörlerin bağlanmasını bloke (antoganize) ederek gösterirler (Tablo 3–5)^{2,10,13} (B-K patofizyolojisi için bkz. Bölüm 2).

Burada ele alınan ilaçların ve formülasyonların mevcudluğunda bölgesel farklılıklar olabilir.



Kilit Noktalar

1. B-K için temel risk faktörleri kanser tedavisinin ilaç sınıfı ve dozudur
2. Antiemetik profilaksi ve kontrol her bireysel hastanın özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre kişiselleştirilmelidir

Klinik Uygulamanızı Optimize Edin

1. Ajanların emetojenik potansiyelini gösteren bir sınıflandırma listesi oluşturun. Kullanımda birçok ilaç olduğundan, yüksek düzey kombinasyonlar dahil bulunduğunuz klinik ortamda kullanılan ilaçlara odaklanın. Cep formatı yararlı olabilir
2. Bir uyarı kartı olarak risk değerlendirmesi için önemli bilgileri kaydedin

Tablo 3. 5HT₃ reseptör antagonistleri^{2,10}

Ajan	Önerilen dozlam*	Advers olaylar
1. nesil:		
Ondansetron	IV: 8 mg veya 0,15 mg/kg Oral: 16 mg Ayrıca ağızda dağılan formülasyon olarak da mevcuttur	• Genelde iyi tolere edilir • Temel yan etkiler: düşük dereceli baş ağrısı, halsizlik, kabızlık • Birinci nesil ajanlar kardiyak yan etkilerle ilişkilendirilebilir; bunlar palonosetron ile görülmemiştir
Granisetron	IV: 1 mg veya 0,01 mg/kg Oral: 2 mg (veya 1 mg) Ayrıca yama olarak da mevcuttur	
Tropisetron	IV: 5 mg Oral: 5 mg	
Dolasetron	Oral: 100 mg	
2. nesil:		
Palonosetron	IV: 0,25 mg Oral: 0,5 mg	• Genelde iyi tolere edilir • Temel yan etkiler: düşük dereceli baş ağrısı, halsizlik, kabızlık

*Roila ve ark., 2016 yayınından.¹⁰ Önerilen dozun tüm ayrıntıları için tedavi uygulama kılavuzlarına başvurun.

5HT₃ reseptör antagonistleri (RA'lar) 1990'lı yıllardan beri B-K yönetiminde kullanılmaktadır.⁶ Diğer 5HT RA'lara kıyasla palonosetron akut ve geciken B-K'nin önlenmesinde^{2,6} ve bunun yanı sıra kemoterapi uyumun teşvik edilmesinde ve tedavi gecikmelerinden kaçınılmasında daha iyidir.⁶

Tablo 4. NK1 reseptör antagonistleri^{2,10,13}

Ajan	Önerilen dozlam*	Advers olaylar/yorumlar
Aprepitant	Oral: 125 mg (akut) + 80 mg (geciken)	Rolapitant hariç tüm NK₁RA'lar ile deksametazon dozunun ayarlanması gerekir
Fosaprepitant	IV: 150 mg	
Rolapitant	Oral: 180 mg	
NEPA (netupitant + palonosetron) - kombine 5HT ₃ RA/NK ₁ RA	Oral: 300 mg netupitant/ 0,5 mg palonosetron	

*Roila ve ark., 2016 yayınından.¹⁰ Önerilen dozun tüm ayrıntıları için tedavi uygulama kılavuzlarına başvurun.

*Önerilen dozun tüm ayrıntıları için tedavi uygulama kılavuzlarına başvurun. EMA – Avrupa İlaç Ajansı

2000'li yılların başında NK₁ RA'ların geliştirilmesi özellikle geciken semptomlarda olmak üzere **B-K için büyük bir ileri atlımdır.**⁶

B-K için büyük bir ileri atlımdır.⁶

5HT₃ RA palonosetron ile netupitant'ı tekli oral kapsülde birleştiren NEPA, sisplatin içeren yüksek ve orta düzeyli emetojenik kemoterapi ile ilişkili akut ve geciken K-B'nin önlenmesi için ilk sabit kombinasyon antiemetiktir. Tüm NK₁RA-bazlı üçlü ilaç rejimleri ikili ilaç rejimlerine kıyasla üstünlük göstermiştir.^{6,14}

Tablo 5. Diğer ajanlar^{2,10,13}

Ajan sınıfı	Adı	Önerilen dozlam*	Advers olaylar/yorumlar
Kortikosteroidler	Deksametazon Metilprednizolon	IV, oral	Genelde diğer ajanlarla kombinasyon halinde yaygın şekilde kullanılır
Dopamin RA'lar	Metoklopramid	Oral: 10 mg (günde üç kereye kadar)	EMA önerilerine göre metoklopramid'in daha yüksek dozlarında dikkatli olun. Şiddetli bir yan etki olarak artan nöropati bildirilmiştir
Benzodiazepinler ve türevleri	Lorazepam	Oral: 1 mg	Adjuvan ajan olarak faydalı olabilir (tek başına kullanıma yönelik değildir)
Diğer	Olanzapin	Oral: 5-10 mg	10 mg/gün dozu ile sedasyon, özellikle yaşlı hastalarda bir sorundur

*Roila ve ark., 2016 yayınından.¹⁰ Önerilen dozun tüm ayrıntıları için tedavi uygulama kılavuzlarına başvurun. *Önerilen dozun tüm ayrıntıları için tedavi uygulama kılavuzlarına başvurun. EMA – Avrupa İlaç Ajansı

Kortikosteroidler, özellikle deksametazon, genelde diğer ajanlarla kombinasyon halinde yaygın şekilde kullanılır. Kortikosteroidlerin etki mekanizması iyi anlaşılmamıştır ancak bir reseptör bloke edici etki içerdiği düşünülmektedir.

Metoklopramid gibi **dopamin RA'lar** düşük emetojenik potansiyeli olan tedavide ile faydalı olabilir. Ayrıca orta ila düşük emetojenik ajanlar için bir kurtarma ilacı olarak da yararlıdır.

Lorazepam gibi **benzodiazepinler** çok korku yaşayan hastalar için beklentisel emezis yönetiminde yararlı olabilir.^{2,10}

Olanzapin, 5HT ve dopamin reseptörleri dahil çeşitli reseptörleri bloke eder ve geciken ve ani semptomların tedavisinde özellikle faydalıdır.^{13,15}

Sentetik kannabinoidler (örneğin nabilon ve dronabinol) birinci basamak ajanları tolere edemeyen veya bu ajanlara dirençli olan hastalar gibi bazı durumlarda faydalı olabilir. Kannabinoidler birçok ülkede kolaylıkla edinilemez ancak bazı klinik araştırmalar devam etmektedir.

Farmakolojik olmayan tedaviler ve davranışlar terapi

B-K yönetiminin temelini farmakolojik ajanların oluşturmaya karşın, farmakolojik olmayan ve davranışsal girişimler özellikle beklentisel semptomlar bulunanlar olmak üzere bazı hastalar için düşünülebilir.^{2,7,10} Bu seçenekler antiemetik ajanların yerine değil onlara ilave olarak kullanılacaktır. Kanıta dayalı bazı örnekler şunları içerir: akupunktur/shiatsu, bilişsel dikkat dağıtma (örn, bilgisayar oyunları, müzik), kas gevşetici eğitim, egzersiz ve hipnoz. Bir hasta herhangi bir reçetesiz ilaç kullanıyorsa klinik ekibe danışılmalıdır.



Kilit Noktalar

1. Hemşireler hastalarına, B-K'nin kanser tedavisinin kaçınılmaz bir sonucu olmadığı konusuna güvence vermemelidir
2. Yönetimin amacı tedaviye bir tam yanıt sağlamaktır (emezis yaşanmaması ve bulantı veya kusma için kurtarma ilacı gerekmemesidir)
3. Etkili yönetimin anahtarı önlemedir ve bu yüzden tedavinin ilk küründen itibaren en etkili profilaksi kullanılmalıdır
4. 'Bekle ve gör' yaklaşımının yararı konusunda kanıt yoktur
5. B-K için farmakolojik ajanlar ilk tercih edilecek tedavidir; bir hasta herhangi bir reçetesiz ilaç kullanıyorsa klinik ekibe danışılmalıdır

Klinik Uygulamanızı Optimize Edin

1. Farklı meslekleri barındıran ekip veya bireysel onkolog ile B-K konusunda kurumunuzun stratejisi konusunda görüşün. Kılavuzlardan biri kullanımda mı? Hangisi? Herkesin başvurması için bunu belgelendirin
2. Yönetim stratejisindeki değişiklikleri aktarmak için bir plan geliştirin. Kısa notlarla veya eğitim oturumlarıyla ekip bilgilendirilebilir
3. Hastaların tedavi kaynaklı B-K için eğitilmesi konusunda öneride bulunmaları için ekiple birlikte bir temel plan oluşturun
4. İlaçların resimleri dahil reçete edilen antiemetik ilaç planının hastalar için basit, basılı bir genel özetini hazırlayın. Akşamları ve hafta sonları ulaşabilecekleri sağlık uzmanlarının iletişim bilgilerini hastalara verin

5. Kılavuzlar yardımcı olur

Bazı onkoloji dernekleri ve toplulukları (Kanserde Destek Bakım için Çok Uluslu Dernek/Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği [MASCC/ESMO], Amerika Klinik Onkoloji Derneği [ASCO], Ulusal Kapsamlı Kanser Ağrı [NCCN]) tarafından hazırlanan yüksek kaliteli klinik uygulama kılavuzları, hasta sonuçlarının iyileştirilmesi amacıyla en son klinik araştırmalardan kanıta dayalı yönetim öneriler sunmaktadır (Tablo 6).^{3,10,16} Bu kılavuzlardaki öneriler büyük ölçüde benzerdir.

Tablo 6. B-K yönetimi için klinik uygulama kılavuzu önerilerinin özeti^{3,10,16}

Kemoterapi ile ilişkili akut B-K

Risk grubu	ESMO	ASCO	NCCN (parenteral kanser tedavisi)
Yüksek, AC dışı	■ + ■ + ■	■ + ■ + ■	■ + ■ + ■
Yüksek, AC	■ + ■	■ + ■	■ + ■ + ■
Orta, karboplatin	■ + ■ + ■	■ + ■ + ■	■ + ■ + ■
Orta, karboplatin dışı	+	+	■ + ■ + ■
Düşük	■ veya ■ veya ■	■ veya ■	■ veya ■ veya ■ veya proklorperazin
Ani	Profilaktik olarak kullanılan farklı bir mekanizmaya sahip bir ajanın eklenmesi		
Beklentisel	En iyi yaklaşım akut ve geciken B-K'nin optimal kontrolüdür		
	± ■	± ■	± ■

Anahtar ■ 5HT₃ RA ■ Deksetazon ■ Dopamin RA ■ Davranışsal terapi
■ NK₁ RA ■ Olanzapin ■ Benzodiazepinler

Kemoterapi ile ilişkili geciken B-K

Risk grubu	ESMO	ASCO	NCCN (parenteral kanser tedavisi)
Yüksek, AC dışı	■ + ■	■ + ■ ± ■	■ + ■ ± ■
Yüksek, AC	■ + ■	■ ± ■	■ + ■ ± ■
Orta, karboplatin	■	Belirtilmemiş	veya ■ ± ■
Orta, karboplatin	■	■	■ ± ■

Anahtar ■ 5HT₃ RA ■ NK₁ RA (aprepitant) ■ Deksetazon ■ Olanzapin

Radyoterapi ile ilişkili B-K

Risk grubu	ESMO/ASCO
Yüksek, AC dışı	■ + ■
Orta	■ ± ■
Düşük	Beyin ■
Kurtarma	Diğer ■ veya ■ veya ■
Kemoradyoterapi	En yüksek emezis riskine sahip ajanda/tedavi şeklinde (kemoterapi veya radyoterapi) temel tedavi

Anahtar ■ 5HT₃ RA ■ Deksetazon ■ Dopamin RA

AC, doksorubisin + siklofosfamid. Geciken B-K için tedavi akut B-K için ajanların seçimiyle yönlendirilir. NCCN için akut ve geciken B-K seçeneklerinin sıralaması bir tercih olduğunu ima etmez. Önerilerin ve dozlamaların tüm ayrıntıları için bireysel kılavuzlara başvurun.

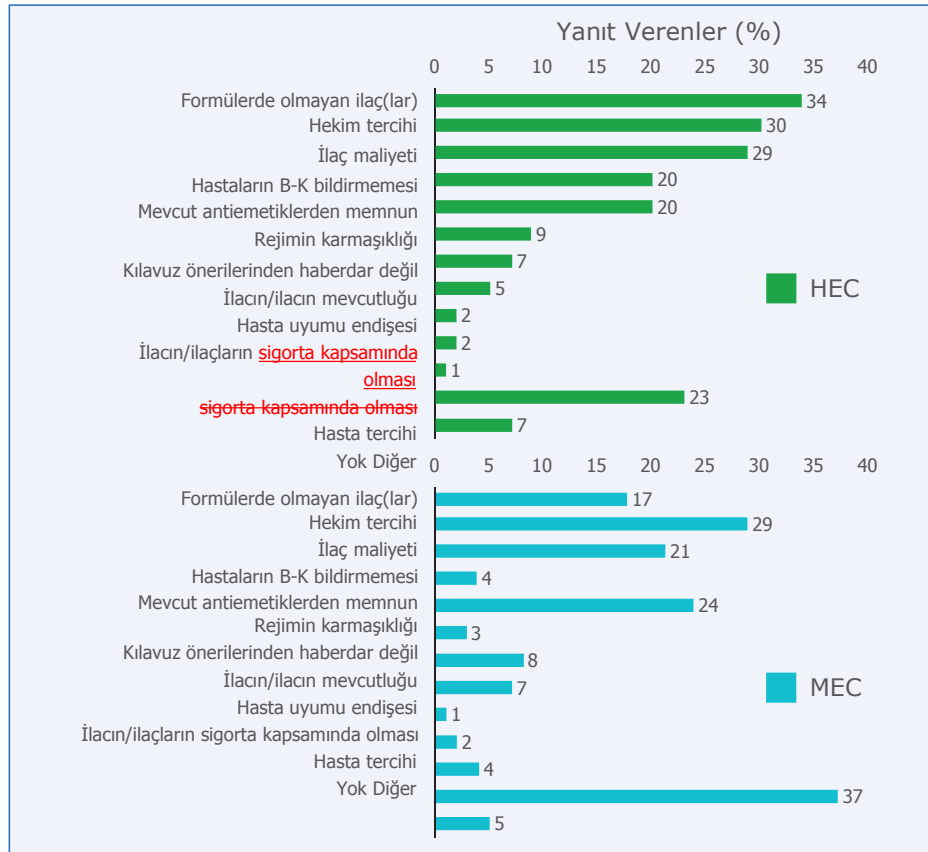
Dirençli B-K

Tüm optimal tedavi rejimlerine karşın B-K hala mevcutsa aşağıdakiler incelenmelidir:

- Emetojenisite doğru şekilde değerlendirildi mi?
- Antiemetik profilaksisi dozlama optimum nitelikte midir (doz/aralık)?
- İlaç veya radyoterapi dışında başka faktörler etkili mi?
- Hasta antiemetik ve kurtarma ilacını reçete edilen şekilde aldı mı?

Etkili antiemetik tedaviler ve kanıta dayalı kılavuzlar olmasına karşın, büyük ölçüde suboptimal yönetim stratejileri nedeniyle B-K hastalar için önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bunun temel bir nedeni bu uluslararası yönetim kılavuzlarının sıklıkla takip edilmemesidir. Uyumun önündeki engeller formüllerde mevcut olmayan ilaçları, ilaç masrafını ve hekimlerin kılavuz dışında önerilen tedavi tercihinin içerir (Şekil 4).^{1,4} Avrupa'da onkoloji hemşirelerinde yapılan bir ankette yanıt verenlerin %40'ı hekim tercihinin kılavuz kullanımının önündeki en büyük engel olduğunu bildirmiştir.

Şekil 4. Kılavuza uygun şekilde antiemetiklerin kullanımının önündeki engeller¹



B-K – kemoterapi kaynaklı bulantı ve kusma; HEC – yüksek emetojenik kemoterapi;

MEC – orta emetojenik kemoterapi

Hemşireler çok disiplinli ekibi mümkün olan her durumda uluslararası tedavi kılavuzlarına uymaya teşvik edilmesi hemşirenin önemli bir görevidir.



Kilit Noktalar

1. Uluslararası tedavi kılavuzlarında hasta sonuçlarının iyileştirilmesi amacıyla kanıta dayalı yönetim önerileri sunulur ancak bunlar sıklıkla kullanılmaz
2. Avrupa'da onkoloji hemşirelerinde yapılan bir ankette yanıt verenlerin %40'ı hekim tercihinin kılavuz kullanımının önündeki en büyük engel olduğunu bildirmiştir
3. Hemşireler çok disiplinli ekibi mümkün olan her durumda uluslararası tedavi kılavuzlarına uymaya teşvik etmelidir

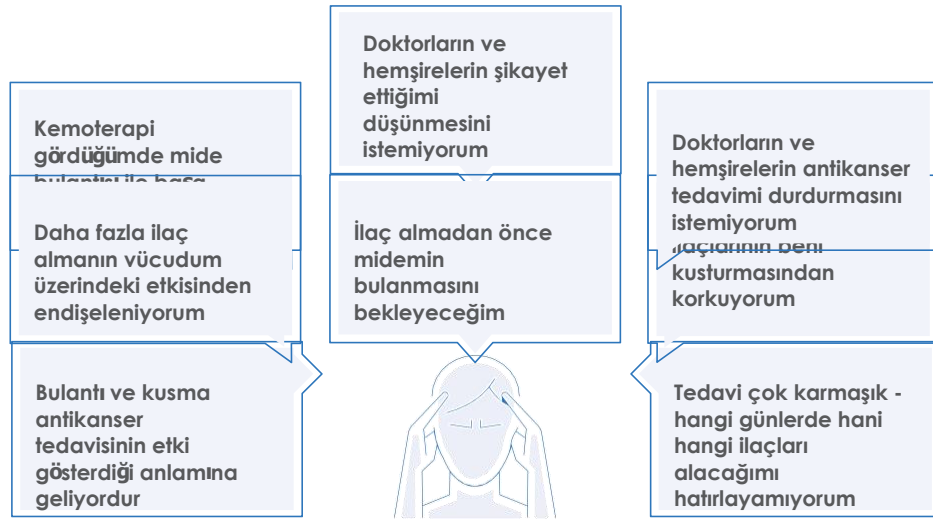
Klinik Uygulamanızı Optimize Edin

1. Onkologlarla birlikte kliniğinizde mevcut kullanılan kılavuzların bir genel özetini hazırlayın ve herkesin başvurabileceği bir şekilde hazırda tutun. Cep formatı yararlı olabilir
2. Sağlık uzmanlarını güncel en iyi uygulama kılavuzları ve bilgilerine yönlendirecek bağlantılar veya hiperbağlar sağlayın

6. Hemşireler bir fark yaratır

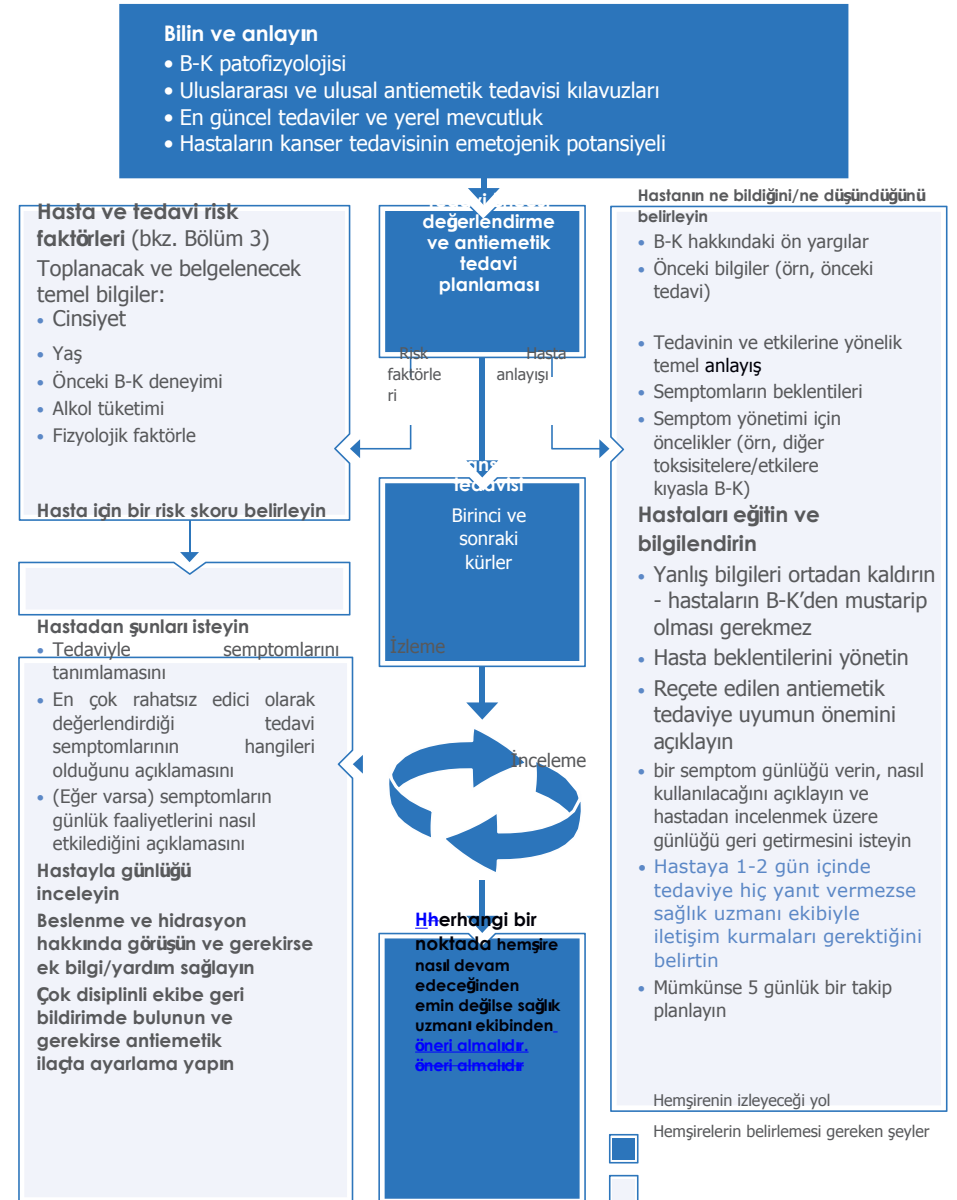
B-K yönetimi hasta merkezi olmalıdır. Hastalar B-K hakkında birçok korku ve ön yargıya sahip olabilir ancak sağlık uzmanlarıyla düşüncelerini paylaşmaya isteksiz olabilirler (Şekil 5).^{6,17} Ek olarak, sağlık uzmanları B-K hakkında farklı algılara sahiptir^{12,17} ve özellikle geciken B-K olmak üzere semptomların etkisini hafife alabilirler.

Şekil 5. Hastaların B-K hakkındaki algıları ve korkuları ve antiemetik ilaç^{6,17}



Hemşireler bir hastada B-K gelişme riskini azaltmak için ideal bir konumdadır. Hastaları ve bakıcıları B-K ve yönetimi konusunda dinlemeli, onlara destek ve eğitim sunmalıdır. Uluslararası kılavuzlardaki bilgileri kullanarak hemşireler antiemetik yönetim programlarını planlamalı ve ardından uygun ilacı reçete etmeli ve/veya uygulamalıdır. Bir hastanın B-K riskin değerlendirilmesinde ve ardından antiemetik tedavi etkililiğinin incelenmesi ve izlenmesinde ayrılmaz bir parçadırlar (Şekil 6).

Şekil 6. Hemşirenin riskin değerlendirilmesi, tedavinin planlanması ve hastanın izlenmesindeki rolü



Günümüzde, çoğu hasta ayakta tedavi koşullarında tedavi görmektedir ve hemşirenin bir hastayla B-K hakkında görüşmek için sadece çok kısa bir süresinin olması muhtemeldir. Hastalara doğru şekilde açık sorular sorulması (örneğin, "Mide bulantınız var mı?" yerine "Semptomlarınızı tanımlayabilir misiniz?") gereken bilgilerin edinilmesinde kritik öneme sahiptir. Uygulanabilecek 'her duruma uyan' bir yaklaşım yoktur. Bunun yerine, tıbbi geçmiş, yaş, eğitim ve kognitif beceri dikkate alınarak sorular bireyselleştirilmelidir. Hemşireler yanıtlardaki kültürel farklılıkların farkında olmalıdır.

Bazen, 1–10 arasındaki bir ölçeğin kullanılması hastaların semptomlarının şiddetini ve etkisini derecelendirmesine yardımcı olur ve gerekirse her gün veya günde birkaç kez kullanılabilir. Bu türde bir skorlama (Likert Ölçeği) zaman içinde doğru ve tutarlı skor veren bir yöntem olarak tanımlanmıştır. MASCC Antiemezis Aracı® (MAT) (www.mascc.org/mat), 16 dilde ücretsiz olarak edinilebilir ve bir mobil uygulama versiyonuna sahiptir; bu araç özellikle ayakta tedavi koşullarında bir günlük olarak faydalıdır ve B-K'nin izlenmesinde kullanılabilir.

B-K sırasında beslenme

B-K epizodları sırasında gıdalar ve içeceklerle ilgili sorunlar sık görülür ve sadece hasta için değil ayrıca bakıcı için de önemli yaşam kalitesi sorunlarıdır. Hasta yemek yiyemezse veya yemek yemekten korkarsa dargınlık, öfke ve görüş farklılıkları ortaya çıkabilir. Hastalar ayrıca tedaviden önce yemek yemekten kaçınabilir. Yayınlanan birçok öneriyle birlikte, iyi niyetli arkadaşlar ve komşular da öneriler sunar ve bunların artı ve eksi yanları hastayla birlikte ele alınmalıdır. Bir diyetisyenin dahil edilmesi kesinlikle önerilir ve kültürel ve bireysel alışkanlıklar da dikkate alınmalı ve hedeflenmelidir.

Hastalar sıklıkla çok fazla bilgiyle karşı karşıya kalır, bu nedenle hemşirelerin *her* ziyarette hastaya önemli ayrıntıları hatırlatması gerekir. Hemşireler ayrıca hasta için uygun, B-K hakkında yazılı bilgiler de sağlamalı ve mümkünse, evde semptomlarını yönetme konusunda yardıma ihtiyaç duyan hastalar için bir irtibat kişinin adını ve telefonunu da belirtmelidir.

Hemşireler kanser tedavisinin büyük bir bölümünde bir hastanın temel iletişim noktası olma ayrıcalığına sahiptir. B-K semptomlarını anlamaları, ihtiyaçları için en iyi tedaviyi almaları amacıyla hastayla birlikte çalışarak ve kansere rağmen mümkün olduğunca normal bir yaşam sürmelerine yardımcı olarak hemşireler hastaların fiziksel ve duygusal iyiliğini gerçekten artırabilir.



Kilit Noktalar

1. Riski doğru şekilde değerlendirerek, antiemetik tedaviyi planlayarak ve yanıt etkili şekilde izleyerek hemşireler bir hastada B-K gelişme riskini azaltabilir
2. Hastaların hatırlaması gereken çok şey var! Hemşirelerin hastalara *her* ziyarette önemli ayrıntıları hatırlatması gerekir
3. Hastalara B-K semptomları 1-2 gün içinde tedaviye hiç yanıt vermezse sağlık uzmanı ekibiyle iletişim kurmaları gerektiği belirtilmelidir

Klinik Uygulamanızı Optimize Edin

1. Broşürdeki 'Anahtar Noktalar'dan bilgileri kullanarak kısa, meslekler arası bir sunum hazırlayın. Bu sunum bilgilerin tazelenmesi için yapılabilir veya onkoloji hizmetine yeni dahil olan kişilere giriş niteliği taşıyabilir
2. Bir ekip projesi olarak, farklı adımları dahil ederek ve hastaların tedaviye uyuma teşvik edilmesi konusunda öneri sunarak bir risk değerlendirme kılavuzu oluşturun. Belgeleme ve takip değerlendirmesi konusunda rehberlik dahil edilmelidir
3. Personel ve hastalar/bakıcılar arasında bilgilerin koordinasyonunu sağlamak için, önerilen hasta bilgilendirme sitelerine yönelik bir öneri listesi oluşturun. Fikirler ve bilgiler için, B-K'ye yönelik hem yerel hem de uluslararası önerilen internet sitelerini inceleyin
4. Bazı semptomlar sadece hasta eve döndüğünde meydana gelir; taburcu edilirken hastanın ihtiyaç duyduğu bilgiler hakkında yatan hasta ekibi ile bir koordinasyon stratejisi planlayın

7 Referanslar ve okunacak diğer belgeler

Referanslar

1. **Dielenseger P, ve ark.** Evaluation of antiemetic practices for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): results of a European oncology nurse survey. Support Care Cancer 2019 Feb 19.[Basım öncesi çevrim yayın].
2. **Hesketh PJ, ve ark.** <https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting-in-adults>. Erişim Tarihi Aralık 2018.
3. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.** National Comprehensive Cancer Network. Antiemesis. Versiyon 1.2019 — 28 Şubat 2019. <http://www.nccn.org>. Erişim Tarihi Mart 2019.
4. **Clark-Snow R, ve ark.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) and adherence to antiemetic guidelines: results of a survey of oncology nurses. Support Care Cancer 2018;26:557–64.
5. **Hesketh PJ.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting. N Engl J Med 2008;358:2482–94.
6. **Clark-Snow RA, ve ark.** Fixed combination antiemetic: a literature review on prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting using netupitant/ palonosetron. Clin J Oncol Nurs 2018;22:E52–63.
7. **Aapro M.** CINV: still troubling patients after all these years. Support Care Cancer 2018;26(Suppl 1):5–9.
8. **Feyer P, ve ark.** Prophylactic management of radiation-induced nausea and vomiting. Biomed Res Int 2015;2015:893013.
9. **Rapoport BL.** Delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting: pathogenesis, incidence and current management. Front Pharmacol 2017;8:19.
10. **Roila F, ve ark.** 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. Ann Oncol 2016;27(Suppl 5):v119–33.
11. **Ruhlmann CH, ve ark.** 2016 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of radiotherapy-induced nausea and vomiting. Support Care Cancer 2017;25:309–16.
12. **McCullough SW.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting: roles of pharmacists and formulary decision makers. Am J Manag Care 2017;23(14 Suppl):S266–71.
13. **Schwartzberg L.** Getting it right the first time: recent progress in optimizing antiemetic usage. Support Care Cancer 2018;26(Suppl 1):19–27.

14. **Navari RM, ve ark.** Rolapitant for the prevention of nausea in patients receiving highly or moderately emetogenic chemotherapy. Cancer Med 2018;7:2943–50.
15. **Nakagaki M, ve ark.** A randomized trial of olanzapine versus palonosetron versus infused ondansetron for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. Support Care Cancer 2017;25:607–13.
16. **Hesketh PJ, ve ark.** Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol 2017;35:3240–61.
17. **Vidall C, ve ark.** Impact and management of chemotherapy/radiotherapy-induced nausea and vomiting and the perceptual gap between oncologists/oncology nurses and patients: a cross-sectional multinational survey. Support Care Cancer 2015;23:3297–305.

Okunacak diğer belgeler

Aapro M. Searching for perfection: further progress in management of chemotherapy-induced nausea and vomiting-introduction. Support Care Cancer 2018;26(Suppl 1):1-37.

CINV Risk Assessment. Şurada mevcuttur: <http://www.riskcinv.org>.

Dranitsaris G, ve ark. The development of a prediction tool to identify cancer patients at high risk for chemotherapy-induced nausea and vomiting. Ann Oncol 2017;28:1260–7.

Hesketh PJ, ve ark. Preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with lung cancer: efficacy of NEPA (netupitant-palonosetron), the first combination antiemetic. Support Care Cancer 2018;26:1151–9.

Zhang L, ve ark. A randomized phase III study evaluating the efficacy of single-dose NEPA, a fixed antiemetic combination of netupitant and palonosetron, versus an aprepitant regimen for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) in patients receiving highly emetogenic chemotherapy (HEC). Ann Oncol 2018;29:452–8.

MASCC – Multinational Association of Supportive Care in Cancer – www.mascc.org

ESMO – Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği – www.esmo.org **NCCN** –

Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı – www.nccn.com **EONS** – Avrupa Onkoloji

Hemşireliği Derneği – www.cancernurse.eu

Notlar

