

GİRİŞ

Terminal dönem kanser hastaları yaşamlarının son günlerine oral alımları azalmakta olduğundan malnutrisyon yönünden yüksek risk altındadırlar (^{1,2}). Kanser evresi arttıkça hastanın besinlere ilgisi azalmakta, mide boşalma süresi hastalığa veya kullanılan opioidlere bağlı uzamaktadır. Kanser hücrelerinin yarattığı metabolik kaos ile daha fazla besin ihtiyacı olmakta ve bunun yanında cerrahi, kemoterapi ve radyoterapinin etkileri de eklenerek malnutrisyonun derinliği artmaktadır (³).

Malnutrisyon prevalansı dünya genelinde %20 ile 70 arasında değişmekte olup, kanser prognosunu kötüleştirdiği, ve tedavilere yanıtı bozduğu gösterilmiştir (¹). Terminal dönem kanser hastalarında anoreksi ve kaşeksi sıklıkla görülmektedir (³). Kaşeksi insidansı ise terminal dönem kanser hastalarında yaşamın son 1-2 haftasında %86'ya ulaşmakta ve hastaların %10-20'si kanserden değil malnutrisyondan kaybedilmektedir (^{4,5}).

PALYATİF BAKIM VE YAPAY BESLENME

Yapay beslenme, kanser hastalarında yaşam süresini uzatma, kalitesini iyileştirme veya bozulmanın gecikmesini sağlaması nedeniyle palyatif bakımın bütünleyici bir parçası haline gelmiştir. Eğer hasta besin ihtiyacını oral yoldan karşılayamıyor ise yapay beslenme yöntemleri hasta için değerlendirmeye alınmalıdır (⁶). Hasta 1 haftadan daha uzun süredir yemek yiyemiyorsa veya 1-2 hafta-

dan daha uzun süredir hesaplanan enerji ihtiyacının %60'ından daha azını alabiliyorsa bu durum yetersiz besin alımı olarak tanımlanmaktadır (⁷).

Palyatif bakım süreci günler sürebileceği gibi yıllar da sürebilir. Geçmişte ileri evre kanser, ölüm süreci olarak tanımlanmakta iken, yeni tedavi yöntemleri ve ilaçların geliştirilmesi, bakım süreçlerinin iyileştirilmesi ile nonküratif hastaların yaşam süreleri uzamıştır (⁸). Palyatif ve küratif tedavi arasındaki geçiş de karmaşık hale gelmiştir. Palyatif faz uzun yıllar boyunca antitümoral tedavilerin bir çok kez tekrarlandığı döngüler şeklinde olabilir (⁹).

Beklenen yaşam süresi uzun hastalarda beslenme desteğinin, hastaların günlük kalori ve protein ihtiyaçları hesaplanarak verilmesi önerilirken, daha kısa yaşam beklentisi olan hastalarda ise beslenme, semptomları hafifletip hastalığın yükünü azaltmaya odaklanmalıdır. Beslenme girişimleri hastaların değişen ihtiyaçlarına göre erken ve geç palyatif fazda, enteral ve parenteral tedavi hedeflerinin hastaya spesifik olarak belirlenmesi ile hastaların yaşam kalitesini yükseltir (^{7,9}).

İleri evre kanser hastalarında beslenme terapisinde semptomların azalması, kas kütlesi ve fonksiyonun korunması ve kanser tedavi toleransı gibi beklenen yararlar ölümden önceki günler haftalar içinde azalmaktadır. Yapay beslenmenin getirdiği yük ve riskler ile beslenme aracının neden olabileceği komplikasyonlar dikkatli değerlendirilme-

¹ Öğr. Gör.Dr. Meltem KİPRİ, Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana/Türkiye. meltemkipri@gmail.com

nemine giren bir kanser hastasının yaşam süresinin ortalama 69 gün olduğu bildirilmiştir⁽³⁸⁾.

Yapay beslenme medikal bir girişimdir, başlama kararı verildiğinde mutlaka hasta veya yasal sorumlularından aydınlatılmış onam alınmalıdır⁽⁶⁾. Hasta kendi kararlarını verebilme yetisine sahip ise hasta yapay beslenme konusunda bilgilendirilmelidir. Eğer bu konuda bir şüphe var ise mutlaka psikiyatri veya nöroloji görüşü alınmalıdır. Hasta karar verme yetisine sahip değil ve mahkemece onaylandı ise yasal temsilcisi hastanın öngörülen iradesini uygulamak zorundadır. Eğer bu karar gecikirse hekim yapay beslenmeyi kanıta dayalı medikal endikasyona göre başlayabilir^(6, 26).

Şüphede kaldı isen yaşamı seç ve besle yaklaşımı bir çok beslenme uzman grupları tarafından tercih edilmektedir⁽⁶⁾. Avrupa kılavuzları anti-kanser tedaviyi sonlandırmanın yapay beslenme için bir kontrendikasyon olmadığını belirtmektedir⁽¹⁴⁾. Yapay beslenmenin yararı ve etkinliği açık değil ise de deneme için başlanması yararlı olmadığı veya bir komplikasyon ile karşılaşıldığında tekrar durdurulması önerilmektedir. Beslenme devam ediyor ise sık aralıklarla yararlılığın değerlendirilmesi gerekmektedir⁽⁶⁾.

Hasta yaşamının son aşamasına geldiyse, yapay beslenme için herhangi bir endikasyon artık kalmadı ise, tedaviye dirençli komplikasyonlar gelişti, ve hızlı ölüm sürecine girildi ise doktor tedaviyi sonlandıracağını hasta, hasta yakını, kendi ekibi ile konuşmalıdır. Hasta ve hasta yakınları ile gerçekçi beklentiler için iletişim kurulmalıdır^(6, 7, 10). Klinisyenler hastaya ve aile üyelerine medikal ekibin tedavi kesilse dahi hastaya bakmaktan vazgeçmeyeceklerini ve her zaman acıyı hafifletebilecek daha iyi bir yol olduğu güvenini vermeleri önerilmektedir. Etkili sözel ve sözel olmayan iletişim ile klinisyenlerin iletişimin duygusal etkilerini kullanmaları önerilmektedir⁽³⁹⁾.

Yaşam sonunda beslenmede hedef sadece hastanın konforu için ise; nutrisyonel durumu değerlendirmeye veya besin alımını ölçmeye gerek yoktur. Bazı vakalarda infüzyon volümünü ve hızını azaltmak, daha düşük enerji ve düşük protein dansiteli beslenme için aile ile konuşarak, eğer aile veya hastadan beslenmenin devamı talebi geliyor ise altta yatan sebepleri, beklentilerini araştırmak

gereklidir⁽¹⁰⁾. Beslenme hastanın yaşam süresini uzatmasa bile optimal beslenme ile hastanın son günlerinde gücünü koruyarak son işlerini yapabilmesini sağlar, hasta açlıktan ölmeyerek ona onurlu bir ölüm sağlanmış olur⁽³⁾.

SONUÇ

Ölüm, insanın hayatının geri döndürülemez ve açıkça tanımlanmış bir parçası olsa da ölüm fazının başlangıcını belirleyen kesin bir kriter yoktur. Palyatif bakım ise yaşamı onaylar, ölümü normal bir süreç olarak kabul eder; hızlandırılmaması, engellenmemesi, uzatılmaması gereklidir ve ölüme kadar optimal yaşam kalitesini sürdürmeyi amaçlar⁽⁶⁾. Bu aşamada eğer hastalar öncelikle aç veya beslenme ile yaşam kalitesi arttırılabilecek veya en azından korunabilecek ise beslenme desteği sağlanmalıdır. Sonuçlardaki belirsizlik, maliyetleri ve komplikasyon riskini dikkate alarak beslenme desteğinde girişimleri dikkatli değerlendirerek invaziv müdahale önerilmektedir⁽⁷⁾. Bu evrede beslenme girişimleri hasta bazında kişiselleştirilerek uygulanmalıdır. Hastalığın her aşamasında risk/yarar ve fayda/zarar analizinin yapılması önemlidir⁽⁶⁾.

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, parenteral beslenme, yoğun bakım

KAYNAKÇA

1. Gyan E, Raynard B, Durand J, et al. Malnutrition in Patients With Cancer : Comparison of Perceptions by Patients, Relatives, and Physicians Results of the NutriCancer2012 Study. *J Parenter Enter Nutr.* 2018;42:255–260.
2. Raijmakers NJH, Zuylen L Van, Costantini M, et al. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. *Ann Oncol.* 2011;22:1478–1486.
3. Acreman S. Nutrition in palliative care. *Br J Community Nurs.* 2002;14:12–15.
4. Wie G, Cho Y, Kim S, et al. Prevalence and risk factors of malnutrition among cancer patients according to tumor location and stage in the National Cancer Center in Korea. *Nutrition.* 2010;26:263–8.
5. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition : Non-surgical oncology . *Clin Nutr.* 2006;25:245–259.
6. Druml C, Ballmer PE, Druml W, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016;35:545–356. doi:10.1016/j.clnu.2016.02.006.
7. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN Guideline ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients.

- Clin Nutr. 2016. doi:10.1016/j.clnu.2016.07.015.
8. Wy O, CM Y, Lee A. Ethical dilemmas in the care of cancer patients near the end of life. *singapore med J*. 2012;53:11–16.
 9. Ylva O, Carol T, Johan P, et al. A National Observational Study of the Prevalence and Use of Enteral Tube Feeding, Parenteral Nutrition and Intravenous Glucose in Cancer Patients Enrolled in Specialized Palliative Care. *Nutrients*. 2013;5:267–282.
 10. Ylva O. Nutritional support at the end of life. *Nutrition*. 2015;31:615–616.
 11. Latour JM, Fulbrook P, Albarran JW. EfCCNa survey : European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. *Nurs Crit Care*. 2009;14:110–121.
 12. Cotogni P. Enteral versus parenteral nutrition in cancer patients : evidences and controversies. *Ann paliat med*. 2016;5:42–49.
 13. Berger MM. The 2013 Arvid Wretling lecture : Evolving concepts in parenteral nutrition. *Clin Nutr*. 2014;33:563–70.
 14. Singer P, Reintam A, Berger MM, et al. ESPEN Guideline ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. 2019;38:48–79. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.037.
 15. Virizuela JA ,Camblor- Alvarez M, Luengo-Perez LM, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients : an expert consensus report. *Clin Transl Oncol*. 2018;20:619–629.
 16. Pazart L, Cretin E, Grodard G, et al. Parenteral nutrition at the palliative phase of advanced cancer : the ALIM-K study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:1–12.
 17. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition : Non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2009;28:445–454. doi:10.1016/j.clnu.2009.04.011.
 18. Gillespie L, Raftery A. Nutrition in palliative. *Br J Community Nurs*. 2014;sup7:15–20.
 19. Bozzetti F, Cozzaglio L, Biganzoli E, et al. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. *Clin Nutr*. 2002;21:281–288.
 20. Heidegger CP, Berger MM, Graf S, et al. Optimisation of energy provision with supplemental parenteral nutrition in critically ill patients : a randomised controlled clinical trial. *Lancet*. 2013;381:385–393. doi:10.1016/S0140-6736(12)61351-8.
 21. Amano K, Morita T, Baba M, et al. Effect of Nutritional Support on Terminally Ill Patients With Cancer in a Palliative Care Unit. *Am J Hosp Palliat Med*. 2012;30:730–733. doi:10.1177/1049909112469273.
 22. Dunlop RJ, Ellershaw JE, Baines MJ, et al. On withholding nutrition and hydration in the terminally ill : has palliative medicine gone too far ? A reply. *J Med Ethics*. 1995;21:141–143.
 23. Elizabeth I, Marianos E. Which screening method is appropriate for older cancer patients at risk for malnutrition ? *Nutrition*. 2015;31:594–7.
 24. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition*. 1996;12:15–9.
 25. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. ESPEN Endorsed Recommendation GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38:1–9.
 26. Hara PO. The management of nutrition for palliative care patients. *Links to Health and Social care*. 2017;2:21–38.
 27. Uyar M. Palyatif Bakımda Besleme(me)li mi? *Türkiye Klin J Anest Reanim*. 2017;10:45–48.
 28. Arends J, Baracos V, Bertz H, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer- related malnutrition. *Clin Nutr*. 2017;36:1187–1196. doi:10.1016/j.clnu.2017.06.017.
 29. Derenski K, Catlin J, Allen L. Parenteral Nutrition Basics for the Clinician Caring for the Adult Patient. *Nutr Clin Pract*. 2016;31:578–595.
 30. Singer P, Berger MM, Berghe G Van Den, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition : Intensive care. *Clin Nutr*. 2009;28:387–400.
 31. Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, et al. Mortality in Randomized Trials of Antioxidant Supplements for Primary and Secondary Prevention Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2007;297:842–857. doi:10.1001/jama.297.8.842.
 32. Pittiruti M, Hamilton H, Biffi R, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition : Central Venous Catheters (access , care , diagnosis and therapy of complications). *Clin Nutr*. 2009;28:365–377. doi:10.1016/j.clnu.2009.03.015.
 33. Cotogni P, Pittiruti M, Barbero C, et al. Catheter-Related Complications in Cancer Patients on Home Parenteral Nutrition : A Prospective Study of Over 51,000 Catheter Days. *J Parenter Enter Nutr*. 2013;37:375–383.
 34. Ernährung LP. Access technique and its problems in parenteral nutrition – Guidelines on Parenteral Nutrition , Chapter 9 Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. *Ger Med Sci*. 2009;7:1–18.
 35. Kovacevich DS, Corrigan M, Ross VM, et al. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Guidelines for the Selection and Care of Central Venous Access Devices for Adult Home Parenteral Nutrition Preliminary Remarks (Intent of Guidelines). *J Parenter Enter Nutr*. 2019;43:15–31.
 36. Tillman EM. Review and Clinical Update on Parenteral Nutrition– Associated Liver Disease Pathophysiology of PNALD. *Nutr Clin Pract*. 2013;28:30–39.
 37. Schwartz DB, Care P. Integrating Patient-Centered Care and Clinical Ethics Into Nutrition Practice. *Nutr Clin Pract*. 2013;28:543–555.
 38. Yun YH, Lee MK, Kim SY, et al. Impact of Awareness of Terminal Illness and Use of Palliative Care or Intensive Care Unit on the Survival of Terminally ill Patients With Cancer : Prospective Cohort Study. *J Clin Oncol*. 2011;29:2474–2480.
 39. Schwartz DB, Olfson K, Goldman B, et al. Incorporating Palliative Care Concepts Into Nutrition Practice : Across the Age Spectrum Palliative Care Concepts Applied to Nutrition Support Practice. *Nutr Clin Pract*. 2016;31:305–315.