

KANSERLİ HASTALARDA KARDİYAK REHABİLİTASYON

15.

BÖLÜM

Türkan TURGAY¹

GİRİŞ

1935'ten 2013'e kadar kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve kanser Amerika Birleşik Devletleri'ndeki başlıca ölüm sebeplerinden biri olmuştur, öyle ki 2010' da kalp hastalığı ve kanser toplam ölümlerin % 46' sını oluşturmaktadır (1). Günümüzde yaklaşık 16,7 milyon Amerikalı kanserden kurtulmuş ancak kanser dışı nedenlerden, özellikle de kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan yüksek morbidite ve mortalite riski altındadır (2). Spesifik olarak, tanıdan en az 5 yıl sonra kanserden iyileşenler, kanser öyküsü olmayan aynı yaştaki bireylerle kıyaslandığında 1.3 ila 3.6 kat artmış kardiyovasküler mortalite riskine ve 1.7 ila 18.5 kat ise hipertansiyon, diabetes mellitus ve dislipidemi gibi artmış kardiyovasküler risk faktörlerine sahiptir (3). Kanserden kurtulanlarda artmış KVH riski, muhtemelen kanser tedavisinin doğrudan (radyasyon, kemoterapi, hedefe yönelik tedavi), dolaylı (hareketsizlik, kilo alma) etkileri ya da yaşa bağlı normal patolojilerin bir sonucu olarak artar. Kanserli hastalarda KVH riskini azaltmak için etkili ve uygulanabilir stratejilere ihtiyaç olduğu gösterilmiştir.

Kardiyak rehabilitasyon (KR) "tıbbi değerlendirme, reçeteli egzersiz, kardiyak risk faktörü modifikasyonu ve sağlık eğitimi, danışmanlık ve davranış terapilerini içeren geniş kapsamlı uzun süreli hizmetlerin sağlanması" olarak tanımlanmıştır (4). Kardiyak onkolojik rehabilitasyonda amaç KVH riski taşıyan bireylerde fonksiyonel kapasiteyi arttırmak, kardiyak hastalığın istenmeyen psikolojik ve fizyolojik etkilerini azaltmak, psikososyal ve mesleki durumunu desteklemektir.

1. Hastanın Değerlendirilmesi

Hastanın değerlendirilmesi ayrıntılı anamnez, fizik muayene, ilaçların sorgulanması, 12-derivasyonda çekilen istirahat EKG, risk profili değerlendirmesi ve

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, , turgay@sanko.edu.tr ORCID iD: 0000-0002-6348-3340

9. Psikososyal Destek

Psikososyal bozukluklar kalp hastalıklarında prognoz ve patogenezi ile oldukça ilişkilidir. Kardiyak hastalarda stresi azaltan psikososyal tedaviler aynı zamanda mortalite ve morbiditeyi de azaltır. Hastada mevcut psikososyal rahatsızlık, özellikle depresyon, anksiyete, öfke ve sosyal izolasyon, evlilik / aile sıkıntısı, cinsel işlev bozukluğu ve madde bağımlılığının sorgulanması önerilmektedir. Rehabilitasyon programında egzersizin mümkün olan en eğlenceli hale getirilmesi sağlanmalı, hastanın aile bireyleri ve arkadaşları ile iletişimi desteklenmeli, gerekli durumlarda farmakolojik destek almaları yönünde teşvik edilmelidir.

10. Fiziksel Aktivite Danışmanlığı

Egzersiz kapasitesi, fiziksel ve psikososyal faktörler değerlendirilerek sağ kalımı arttırmak için haftada birkaç gün orta dereceli fiziksel aktivite önerilir. Yürüyüş yapmak, bahçe ve ev işleri yapmak, bisiklet sürmek bu aktivitelere dahil edilebilir.

SONUÇ

Kardiyak onkolojik rehabilitasyonun uygulama şekli, programı ve sıklığı belirli bir kansere özgüdür ve hastadan hastaya farklılık gösterebilir. Kanserli hastalarda KVH riskine ilişkin mevcut kanıtlar ve genel popülasyonda KVH riskini azaltmak için egzersizin faydaları göz önüne alındığında, kanserli hastaların bakımına özgü programların geliştirilmesine ve test edilmesine büyük ihtiyaç vardır. KR programlarının, kanserli hastaların maruziyetleri ve ihtiyaçları ile uyumlu hizmetler sağlamak için bir altyapı geliştirmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yeh ET, Bickford CL. Cardiovascular complications of cancer therapy: incidence, pathogenesis, diagnosis, and management. *J Am Coll Cardiol* 2009;53(24):2231-2247.
2. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA Cancer J Clin* 2016; 66:271-289.
3. Chow EJ, Mueller BA, Baker KS, et al. Cardiovascular hospitalizations and mortality among recipients of hematopoietic stem cell transplantation. *Ann Intern Med* 2011; 155:21-32.
4. Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK, et al. Cardiac rehabilitation as secondary prevention: Agency for Health Care Policy and Research and National Heart, Lung, and Blood Institute. *Clin Pract Guidel Quick Ref Guide Clin* 1995; 52:1-23.
5. Santoni M, Guerra F, Conti A, et al. Incidence and risk of cardiotoxicity in cancer patients treated with targeted therapies. *Cancer Treat Rev* 2017;59:123-31.
6. Hahn E, Jiang H, Ng A, et al. Late cardiac toxicity after Mediastinal radiation therapy for Hodgkin lymphoma: contributions of coronary artery and whole heart dose-volume variables to risk prediction. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2017;98(5):1116-23.
7. Armenian SH, Lacchetti C, Barac A, et al. Prevention and monitoring of cardiac dysfunction in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol* 2017; 35:893-911.

8. Gilchrist SC, Barac A, Ades PA, et al. Cardio-Oncology Rehabilitation to Manage Cardiovascular Outcomes in Cancer Patients and Survivors: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2019;139(21):e997-e1012.
9. Bruce RA, Kusumi F, Hosmer D. Maximal oxygen intake and nomographic assessment of functional aerobic impairment in cardiovascular disease. *Am Heart J* 1973; 85:546–562.
10. Chaitman BR: Exercise Stress Testing. (2012). In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, et al. (Eds): *Braunwald's Heart Disease A Textbook Of Cardiovascular Medicine* (9th ed. pp. 168-199). Philadelphia: Elseiver, Saunders.
11. Dittus KL, Lakoski SG, Savage PD, et al. Exercise-based oncology rehabilitation: leveraging the cardiac rehabilitation model. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2015; 35:130–139.
12. Dolan LB, Barry D, Petrella T, et al. The cardiac rehabilitation model improves fitness, quality of life, and depression in breast cancer survivors. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2018; 38:246–252.
13. Hubbard G, Adams R, Campbell A, et al. Is referral of postsurgical colorectal cancer survivors to cardiac rehabilitation feasible and acceptable? A pragmatic pilot randomised controlled trial with embedded qualitative study. *BMJ Open* 2016; 6:e009284.
14. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: Key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J* 2010;31: 1967-1976.
15. Morishita S, Tsubaki A, Nakamura M, et al. Rating of perceived exertion on resistance training in elderly subjects. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2019;17(2):135-142.
16. Maitland ML, Bakris GL, Black HR, et al. Cardiovascular Toxicities Panel, Convened by the Angiogenesis Task Force of the National Cancer Institute Investigational Drug Steering Committee. Initial assessment, surveillance, and management of blood pressure in patients receiving vascular endothelial growth factor signaling pathway inhibitors. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102:596–604.
17. Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [published correction appears in *Circulation*. 2014;129(suppl 2):S74–S75]. *Circulation*. 2014; 129(suppl 2):S49–S73.
18. Ezaz G, Long JB, Gross CP, et al. Risk prediction model for heart failure and cardiomyopathy after adjuvant trastuzumab therapy for breast cancer. *J Am Heart Assoc* 2014; 3:e000472.
19. Meacham LR, Sklar CA, Li S, et al. Diabetes mellitus in long-term survivors of childhood cancer: increased risk associated with radiation therapy: a report for the Childhood Cancer Survivor Study. *Arch Intern Med* 2009; 169:1381–1388.