

KANSER REHABİLİTASYONU

32. BÖLÜM

Sinem UYAR KÖYLÜ¹

Giriş

Kanser tedavisinde amaç, tüm diğer hastalıklarda olduğu gibi hastalığın tümüyle ortadan kaldırılması veya yaşam süresinin uzatılmasıdır. Geliştirilen yeni tanı testleri ile erken evredeki olgu sayısının artması, tarama programları, tedavideki gelişmeler sonucunda, bazı kanser olgularında, tedavi şansı yakalanmış, diğerlerinde sağkalım süresi uzatılarak kanser kronik bir süreç kazanmıştır. Bu bölümde kanser hastalarında rehabilitasyonun süreci ayrıntılı olarak anlatılacaktır.

Kanserde Rehabilitasyon Gerekliği

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre 2018 yılında kanser görülme sıklığı 4 milyon daha artarak, 18 milyona yükselmiş, 2030 yılında 27 milyon yeni kanser vakasının olacağı, önlem alınmazsa 2040 yılında 40 milyon kanser vakasının görüleceği öngörülmüştür (1). Son birkaç yılda, kanser tanı ve tedavisindeki ilerlemeler nedeni ile hastaların hayatta kalma süreleri artmış, hastalığın neden olduğu bozukluklar ve tüm yaşamları boyunca süren tedavi ile başa çıkma konusunda farklı destek gereksinimleri doğmuş ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılması konuları gündeme gelmeye başlamıştır (2, 3). Günümüzde en az yaşam süresi kadar hastaların kişisel ihtiyaçlarına

karşılık gelen ve özerk bir yaşam için gerekli araçları sağlayan müdahalelere duyulan ihtiyacın da önemli olduğu konusunda fikir birliğine varılmış durumdadır (4). Onkolojik rehabilitasyon kanser ve tedavisinden kaynaklanan çok yönlü bozukluklar ve sekeller göz önüne alındığında hastanın fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel işleyişini düzeltmeyi, çalışma hayatına yeniden entegrasyonunu sağlamayı, hastanın fonksiyonel özerkliğe kavuşmasına yardımcı olmayı, kanserle ilişkili tedavilerden etkilenen fonksiyonları iyileştirmeyi, işlevsellikte daha fazla bozulmayı önlemeyi ve iyi olma halini desteklemeyi amaçlamaktadır (5, 6).

Kanser hastalarında fonksiyonel yetersizliğe yol açan ve rehabilitasyon gereksinimi oluşturan pek çok durum olabilir (7) (Tablo 1).

Tablo 1. Kanser hastalarında fonksiyonel yetersizliğe yol açan ve rehabilitasyon gereksinimi oluşturan durumlar

Anksiyete, depresyon,
Bilişsel işlev bozukluğu,
Yorgunluk,
Güçsüzlük,
Ağrı sendromları,
Periferiknöropati,

¹ Uzm. Dr. Sinem UYAR KÖYLÜ, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, snmuyar@hotmail.com

KAYNAKLAR

- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68:394-424.
- McKernan M, McMillan D, Anderson J, et al. The relationship between quality of life (EORTC QLQ-C30) and survival in patients with gastro-oesophageal cancer. *Br J Cancer*. 2008;98:888-93.
- Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AA, de Carvalho DS, et al. Fatigue after treatment in breast cancer survivors: prevalence, determinants and impact on health-related quality of life. *Support Care Cancer*. 2012;20:1901-9.
- Tanaka T, Gotay CC. Physicians' and medical students' perspectives on patients' quality of life. *Academic Medicine*. 1998;73(9):1003-5.
- Düğer T, Uysal SA, Kabak VY. Onkolojik Fizyoterapi ve Rehabilitasyonda Egzersizin Kanıt Düzeyi. Türkiye Klinikleri Physiotherapy and Rehabilitation-Special Topics. 2019;5:71-8.
- Fisher S, Lowrie D. Breathlessness management. Rehabilitation in cancer care. 2008:302-18.
- Alfano CM, Ganz PA, Rowland JH, et al. Cancer survivorship and cancer rehabilitation: revitalizing the link. *J Clin Oncol*. 2012;30:904-6.
- Gamble GL, Gerber LH, Spill GR, et al. The future of cancer rehabilitation: emerging subspecialty. *American journal of physical medicine rehabilitation*. 2011;90:76-87.
- Ganz P, Schag C, Lee J, et al. The CARES: a generic measure of health-related quality of life for patients with cancer. *Quality of Life Research*. 1992;1:19-29.
- Kocamaz D, Tuncer A, Yamak D, et al. Kanser ve Onkolojik Rehabilitasyon. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2019;1:24-29
- Aziz NM, Rowland JH, editors. Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. Seminars in radiation oncology; 2003: Elsevier.
- Spence RR, Heesch KC, Brown WJ. Exercise and cancer rehabilitation: a systematic review. *Cancer Treat Rev*. 2010;36:185-94.
- Rutledge L, Demark-Wahnefried W. Weight management and exercise for the cancer survivor. *Clin J Oncol Nurs*. 2016;20:129.
- Knols R, Aaronson NK, Uebelhart D, et al. Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: a systematic review of randomized and controlled clinical trials. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]: Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2005.
- McNeely ML, Campbell KL, Rowe BH, et al. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cmaj*. 2006;175:34-41.
- Haydon AM, Maclinnis RJ, English DR, et al. Effect of physical activity and body size on survival after diagnosis with colorectal cancer. *Gut*. 2006;55:62-7.
- Kroenke CH, Chen WY, Rosner B, et al. Weight, weight gain, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*. 2005;23:1370-8.
- Cormie P, Zopf EM, Zhang X, et al. The impact of exercise on cancer mortality, recurrence, and treatment-related adverse effects. *Epidemiol Rev*. 2017;39:71-92.
- Cole RP, Scialla SJ, Bednarz L. Functional recovery in cancer rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81:623-7.
- Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil*. 1994;73:199-206.
- Organization WH. Global strategy on diet, physical activity and health. 2004.
- Mock V, Atkinson A, Barsevick A, et al. NCCN Practice Guidelines for Cancer-Related Fatigue. *Oncology (Williston Park, NY)*. 2000;14(11A):151-61.
- Morrow GR, Andrews PL, Hickok JT, et al. Fatigue associated with cancer and its treatment. *Support Care Cancer*. 2002;10:389-98.
- Franklin DJ, Packer L. Cancer-related fatigue. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2006;87:91-3.
- Greenberg P, Attar E, Bennett J, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: myelodysplastic syndromes. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*. 2011;9:30-56.
- Orhan ME, Bilgin F, Ergin A, et al. Kanser hastalarında WHO analjezik basamak tedavisine göre ağrı tedavisi. Bir merkezin sekiz yıl deneyimi. *Ağrı Dergisi*. 2008;20:38-44.
- O'Brien T, Kane CM. Pain services and palliative medicine—an integrated approach to pain management in the cancer patient. *Br J Pain*. 2014;8:163-71.
- Yu Y, Zhou J, Li Q, et al. The preliminary application of assessment system for cancer pain management. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015;19:1164-9.
- Sarıhan E, Kadioğlu E, İğde F. Kanser ağrısı, tedavi prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü ağrı basamak tedavisi. *Nobel Med*. 2012;8:5-15.
- Sarıhan E, Kadioğlu E, İğde FA. Kanser Ağrısı, Tedavi Prensiplerive Dünya Sağlık Örgütü Ağrı Basamak Tedavisi. *Organ*. 42:45.
- Melzack R. Pain measurement and assessment: Raven Pr; 1983.
- Shinde S, Gordon P, Sharma P, et al. Use of non-opioid analgesics as adjuvants to opioid analgesia for cancer pain management in an inpatient palliative unit: does this improve pain control and reduce opioid requirements? *Support Care Cancer*. 2015;23:695-703.
- Eti Z. Kanserde ağrı tedavisi. *Uroonkoloji Bülteni*. 2005;2:16-20.
- Breuer B, Fleishman SB, Cruciani RA, et al. Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: a national survey. *J Clin Oncol*. 2011;29:4769-75.
- Akashi M, Yano E, Aruga E. Under-diagnosis of pain by primary physicians and late referral to a palliative care team. *BMC Palliat Care*. 2012;11:7.
- Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Medical Journal*. 2013;2:256-60.
- A Y. İmmobilizasyonun patofizyolojik sonuçları. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. 2000:203-15.
- Patt RB. Non-pharmacologic measures for controlling oncologic pain. *Am J Hosp Palliat Care*. 1990;7:30-7.
- Franklin DJ. Cancer rehabilitation: challenges, appro-

- aches, and new directions. *Phys Med Rehabil ClinAm*. 2007;18:899-924.
40. Mirels H. Metastatic disease in long bones. A proposed scoring system for diagnosing impending pathologic fractures. *Clin Orthop Relat Res*. 1989;256-64.
 41. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, et al. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2007;131:4S-42S.
 42. Supportive P, Board PCE. Nutrition in Cancer Care (PDQ®). PDQ Cancer Information Summaries [Internet]: National Cancer Institute (US); 2003.
 43. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, et al. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Doğuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014;28:85-92.
 44. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun M. Cancer statistics. *Ca Cancer J Clin*. 2009;59:225-49.
 45. Tuncer AM. Cancer control in Turkey: Turkish Republic Ministry of Health, Department of Cancer Control; 2008.
 46. Selçuk B, Dalyan M, İnanır M, et al. Meme cerrahisi ve aksiller diseksiyon uygulanan hastalarda üst ekstremitte muskuloskeletal problemleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2001;47:38-46.
 47. McNeely ML, Campbell K, Ospina M, et al. Exercise interventions for upper limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;16: CD005211.
 48. Delialioğlu SÜ, Aras MD. Baş ve Boyun Kanserlerinde Rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2006;2:30-8.
 49. Samlan RA, Webster KT. Swallowing and speech therapy after definitive treatment for laryngeal cancer. *Otolaryngol Clin North Am*. 2002;35:1115-33.