

Bölüm 27

ONKOLOJİ HASTASINDA GÜNCEL BULANTI KUSMA YÖNETİMİ

Serhat ÖRÜN¹

Bulanti; terleme, solukluk, tükürük salgısında artış, taşikardi veya bradikardi gibi otonomik semptomların eşlik edebildiği hoş olmayan bir durumdur. Kusma ise kompleks fizyolojik reflekslerin söz konusu olduğu, otonom sinir sistemi ile çizgili kasların koordineli aktivasyonu sonucu gastrik, hatta intestinal içeriğin atılması durumudur.

Bulanti ve kusma acil servis ve onkoloji hastalarında sıkça karşılaşılan durumlardandır. Uygun tedavi edilmediğinde ise hastanın tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir.

Fizyopatoloji

Kusma merkezi beyin medulla oblongata bölümünün dorsal kısmında bulunan bölgede yer almaktadır. Bu merkez kusma sırasında birçok motor nöronun koordinasyonunu sağlar ve bu merkezde kan beyin bariyeri bulunur. Kusma fizyolojisinde yer alan diğer bölüm ise Kemoreseptör Trigger Zondur (CTZ) ve bu merkezde kan beyin bariyeri bulunmamaktadır⁽¹⁾, bu nedenle kimyasal uyarılara oldukça duyarlıdır. Ayrıca bu bölgede serebrospinal sıvıdaki ilaçlar, kemoterapötik ajanlar, toksinler, hipoksi, üremi, asidoz ve radyasyon ile uyarılabilen kemoreseptörler bulunur. Bu bölge, serotonin 5 HT3 ve dopamin D2 reseptörlerinden de zengindir. Bunların aktivasyonu nöronların duyarlılığını artırır. Medulladaki kusma merkezine; CTZ, farenks, gastro intestinal sistem (GİS) ve serebral korteksten gelen aferent uyarılar kusmayı tetikler. Kusma merkezinden salgı merkezine, solunum merkezine, abdominal kaslara ve kafa çiftlerine gönderilen aferent impulslar ile kusma ortaya çıkar⁽²⁾.

¹ Dr. Öğr. Üyesi Serhat ÖRÜN Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
serhatorun@gmail.com

Sonuç

Sonuç olarak onkoloji hastasında bulantı-kusma güncel kılavuzlar eşliğinde yönetilmelidir. Olanzapin ve deksametazon ile ilgili yeni çalışmalar mevcut antiemetik rejimlerde kullanılma tercihlerinin güçlenmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bulantı-kusma yönetimi, kemoterapi ilişkili bulantı kusma, onkolojik aciller

KAYNAKLAR:

1. Hang BS, Dittkoff JS, Koefman A, Long B. (2020). Nausea and Vomiting. Judith E. Tintinalli(Ed.), *Tintinalli's Emergency Medicine* içinde (481-484). London: McGraw-Hill Education
2. Kasap E, Yüceer H. Bulantı - kusma ve yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 13 (3), 148-152.
3. Demirci NY. (2016). Bulantı ve Kusmaya Yaklaşım. Meral Gülhan Ülkü Yılmaz (Ed.), *Akciğer Kanseri Destek Tedavisi* içinde (211-228). İstanbul:Tüsad
4. Jordan K, Chan A, Gralla RJ, et al. 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Emetic risk classification and evaluation of the emetogenicity of antineoplastic agents. *Support Care Cancer*. 2017;25:271-275
5. Flake ZA, Scalley RD, Bailey AG. Practical selection of antiemetics. *American Family Physician*, 69 (5), 1169-1174.
6. Ritchie MK, Kohli A. Aprepitant . Statpearls [Internet]. Treasure Island (FL): Statpearls Publishing; 2019 Jan-.2019 Dec 17. PMID: 31869069
7. Wu F, Lin X, Yang Z, et al. Phase III randomized trial of palonosetron and dexamethasone with or without aprepitant to prevent nausea and vomiting induced by full-dose single-day cisplatin-based chemotherapy in lung cancer. *Clin Lung Cancer*. 2018;19:913-918.
8. Glass SM, Leddy SM, Orwin MC, et al. Rolapitant is a reversible inhibitor of CYP2D6. *Drug Metab Dispos*. 2019;47:567-573.
9. Wang X, Wang J, Zhang ZY, et al. Population pharmacokinetics of rolapitant in patients with chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Clin Pharmacol Drug Dev*. 2019;8:850-860
10. Navari RM. The safety of rolapitant for the treatment of nausea and vomiting associated with chemotherapy. *Expert Opinion on Drug Safety*, 18 (12), 1127-1132. Doi: 10.1080/14740338.2019.1682547.
11. Aapro M, Zhang L, Yennu S, et al. Preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting with netupitant/palonosetron, the first fixed combination antiemetic: current and future perspective. *Future Oncol*. 2019;15:1067-1084.
12. Kurteva G, Chilingirova N, Rizzi G, et al. Pharmacokinetic profile and safety of intravenous NEPA, a fixed combination of fosnetupitant and palonosetron, in cancer patients: prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting associated with highly emetogenic chemotherapy. *Eur J Pharm Sci*. 2019;1:139.105041 Doi: 10.1016/J.Ejps. 2019.105041.
13. Zhang L, Lu S, Feng J, et al. 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;29:452-458.
14. Alhifany AA, McBride A, Almutairi AR, et al. Efficacy of olanzapine, neurokinin-1 receptor antagonists, and thalidomide in combination with palonosetron plus dexamethasone in preventing highly emetogenic chemotherapy-induced nausea and vomiting: a bayesian network meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2019; Doi: 10.1007/S00520-019-05210-4.
15. Celio L, Bonizzoni E, Zattarin E, et al. Impact of dexamethasone-sparing regimens on delayed nausea caused by moderately or highly emetogenic chemotherapy: a meta-analysis of randomised evidence. *BMC Cancer*. 2019;19:1268. Doi: 10.1186/S12885-019-6454-Y.

16. Hashimoto H, Abe M, Tokuyama O, et al. Olanzapine 5 mg plus standart antiemetic therapy for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (j-force): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet Oncol.* 2019, Doi: 10.1016/S1470-2045(19)30678-3
17. Clemmons AB, Orr J, Andrick B, et al. Randomized, placebo-controlled, phase III trial of fosaprepitant, ondansetron, dexamethasone (FOND) versus FOND plus olanzapine (FOND-O) for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with hematologic malignancies receiving highly emetogenic chemotherapy and hematopoietic cell transplantati-on regimens: The FOND-O Trial. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2018;24: 2065-2071
18. Jordan K, Sippel C, Schmoll HJ. Guidelines for antiemetic treatment of chemotherapy-indu-ced nausea and vomiting: Past, present, and future. *Recommendations Oncologist*, 12 (9), 1143-1150.
19. Kris MG, Hesketh PJ, Somerfield MR, et al. American society of clinical oncology guideline for antiemetics in oncology: Update 2006. *J Clin Oncol.* 2006;24:2932–2947
20. Herrstedt J, Roila F, Warr D, et al. 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of nausea and vomiting following high emetic risk chemotherapy. *Support Care Cancer.* 2017;25:277–288.
21. Olver I, Ruhlmann CH, Jahn F, et al 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendati-ons: controlling nausea and vomiting with chemotherapy of low or minimal emetic potential. *Support Care Cancer.* 2017; 25:297–301
22. Roila F, Warr D, Hesketh PJ, et al. 2016 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy. *Support Care Cancer.* 2017;25:289–294
23. Dupuis LL, Lillian Sung L, Molassiotis A, et al. 2016 updated MASCC/ESMO consensus re-commendations: prevention of acute chemotherapy-induced nausea and vomiting in children. *Support Care Cancer.* 2017;25:323–331
24. Dupuis LL, Roscoe JA, Olver I, et al. 2016 updated MASCC/ESMO consensus recommendati-ons: anticipatory nausea and vomiting in children and adults receiving chemotherapy. *Support Care Cancer.* 2017;25:317–321
25. Walsh D, Davis M, Ripamonti C, et al. 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommen-dations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2017;25:333–340
26. Ruhlmann CH, Jahn F, Jordan K, et al. 2016 updated MASCC/ESMO consensus recommenda-tions: prevention of radiotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer* (2017) 25:309–316 DOI 10.1007/s00520-016-3407-8