

## Bölüm 3

# Solunum Hastalıklarında Palyatif Bakım

Dr. Huri TAŞ, Dr. Derya GÖKÇINAR

Palyatif bakım (PB)'ın başlıca amacı kaliteli yaşam sağlamaktır. Solunum sistemini ilgilendiren hastalıklarda her zaman tam iyileşme gerçekleştirilemez. Bazen de iyileşme çok uzun sürer. Hastalara küratif tedavileri sırasında ve sonrasında destekleyici palyatif yaklaşımlar uygulanabilir. Yaşam beklentisinin az olduğu durumlarda hasta ve ailesinin ızdırabını azaltmak ve iyi daha yaşam koşulları sunmak için bazı özel uygulamalar gerekebilir. Solunum hastalıklarında sıklıkla dispne, öksürük, balgam çıkarma, hemoptizi, yorgunluk ve kaşeksi gibi semptomlar görülür. Bunların hafifletilmesi için destekleyici tedaviler gerekir. Bunun yanı sıra fizik, psikolojik, sosyal ve ruhsal olarak iyi olma hali sağlanması için girişimler yapılmalıdır. Bu bölümde palyatif destek gerektiren solunum hastalıkları ele alınacaktır.

### **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Palyatif Bakım**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), hava yolu obstrüksiyonu ve inatçı solunum semptomları ile karakterize partikül ve gazlara maruziyet sonucu ortaya çıkan yaygın olarak görülen bir hastalıktır. Sigara içme KOA için en önemli risk faktörüdür. Kronik inflamasyon küçük hava yollarında daralma, mukosilyer aktivitede azalma ve akciğer parankiminde yıkıma yol açar. Sürekli hava yolu sınırlanması, gaz hapsi, akut alevlenmeler ve eşlik eden diğer hastalıklar çok sayıda semptomun görülmesine neden olur.

KOA vakalarının dünya çapında prevalansı yaklaşık %12'dir ve yılda üç milyon ölüme neden olmaktadır. Özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde sigara içme oranı artışı ve yaşlı nüfus artışına paralel olarak KOA prevalansı artmaktadır. KOA hem yaşam kalitesini azalttığı için hem de mortaliteyi arttırdığından sosyal sorunlara sebep olur. Ekonomik açıdan bakıldığında KOA, önemli oranda sağlık bakım maliyetlerini arttırmaktadır. KOA sıklıkla kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, aritmiler, periferik damar hastalığı, hiper-

törü olduğundan akciğer kanserli hastalarda eşlik eden hastalıklar da sigara ile ilgili olarak hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve KOAH'dır. Akciğer kanseri tanısı konduğu anda hastaların en önemli şikayetleri öksürük, nefes darlığı, kilo kaybı, göğüs ağrısı, enfeksiyon, hemoptizi ve sırt ağrısıdır (24).

Akciğer kanserinde PB'nin başlıca hedefi yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu amaçla hastalarda fiziksel, sosyal, duygusal ve fonksiyonel olarak iyi olma hali sağlanmaya çalışılır (25). Akciğer kanserli hastalarda PB uygulamasıyla semptom yönetimi, sıkıntıların üstesinden gelme becerilerinin artırılması, psiko-sosyal bakım ve manevi destek gibi yaklaşımların hasta sonuçlarını düzelttiği gösterilmiştir (26). Hastanın bakım vericisi ve diğer aile üyelerinin sıkıntıları ve streslerini gidermek için bilgilendirme toplantıları, eğitici doküman verilmesi, konuşma, kurs gibi düzenlemeler yapılmalıdır. Ülkenin yasal düzenlemelerine göre hasta ve ailesi ile görüşülerek, istemeleri halinde faydasız, çok yan etkileri olan invaziv özellikteki tedavilerin sonlandırılması, resüsitasyon yapılmaması, hospis veya evde ölüm gibi yaşam sonu kararlar ile ilgili geleceğe yönelik planlama yapılması gerekir.

## Kaynaklar

1. Adeloje D, Chua S, Lee C, et al. Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health* 2015; 5(2): 020415.
2. Hardin KA, Meyers F, Louie S. Integrating palliative care in severe chronic obstructive lung disease. *COPD*. 2008 Aug;5(4):207-20.
3. Pauwels RA, Buist AS, Ma P, Jenkins CR, Hurd SS; GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: National Heart, Lung, and Blood Institute and World Health Organization Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): executive summary. *Respir Care*. 2001 Aug;46(8):798-825.
4. Brumley R, Enguidanos S, Cherin D. Effectiveness of a home-base palliative care program for end-of-life. *J Palliat Med* 2003; 6:715-724.
5. Smith TJ, Coyne P, Cassel P, et al. A high volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J palliat Med* 2003; 6:699-705.
6. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, et al. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnea. *Thorax* 2002; 57:939-44.
7. Berman AR. Management of patients with end-stage chronic obstructive pulmonary disease. *Prim Care Clin Office Pract* 2011; 38:277-297.
8. Kane GC, Maradit-Kremers H, Slusser JP, Scott CG, Frantz RP, McGoon M: Integration of clinical and hemodynamic parameters in the prediction of long-term survival in patients with pulmonary arterial hypertension. *Chest* 2011;139: 1285-1293.

9. Chen YF, Jowett S, Barton P, Malottki K, Hyde C, Gibbs JS, Pepke-Zaba J, Fry-Smith A, Roberts J, Moore D: Clinical and cost-effectiveness of epoprostenol, iloprost, bosentan, sitaxentan and sildenafil for pulmonary arterial hypertension within their licensed indications: A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2009;13:1-320.
10. Fenstad E, Wordingham SE, Swetz KM. Pulmonary Hypertension and Palliative Care: What, When, Where, and Why? *Advances in Pulmonary Hypertension* 2016;15:1: 26-31.
11. Grinnan DC, Swetz KM, Pinson J, Fairman P, Lyckholm LJ, Smith T. The end-of-life experience for a cohort of patients with pulmonary arterial hypertension. *J Palliat Med.* 2012;15(10):1065-70.
12. Bulut SSD. İnterstisyel akciğer hastalıkları. *Toraks Cerrahisi Bülteni* 2013; 4(3):171-177.
13. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. *Am J Respir Crit Care Med* 2011; 183: 788-824.
14. Bajwah S, Higginson IJ, Ross JR, et al. The palliative care needs for fibrotic interstitial lung disease: a qualitative study of patients, informal caregivers and health professionals. *Palliat Med* 2013; 27: 869-76.
15. Kreuter M, Bendstrup E, Russell AM, et al. Palliative care in interstitial lung disease: living well. *Lancet Respir Med.* 2017; 5(12):968-980.
16. Bajwah S, Yorke J. Palliative care and interstitial lung disease. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2017; 11(3):141-146.
17. Bajwah S, Ross JR, Wells AU, et al. Palliative care for patients with advanced fibrotic lung disease: a randomised controlled phase II and feasibility trial of a community case conference intervention. *Thorax.* 2015; 70(9):830-9.
18. van Manen MJ, Geelhoed JJ, Tak NC, Wijsenbeek MS. Optimizing quality of life in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Ther Adv Respir Dis* 2017; 11: 157-69.
19. Matsunuma R, Takato H, Takeda Y, et al. Patients with end-stage interstitial lung disease may have more problems with dyspnea than end-stage lung cancer patients. *Indian J Palliat Care* 2016; 22: 282-87.
20. Jones GS, Baldwin DR. Recent advances in the management of lung cancer. *Clin Med* 2018; 18:41-46.
21. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 19:363:733-
22. El-Jawahri A, Greer JA, Pirl WF, et al. Effects of Early Integrated Palliative Care on Caregivers of Patients with Lung and Gastrointestinal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Oncologist* 2017; 22:1528-1534.
23. Kelly M, O'Brien KM, Lucey M. Indicators for early assessment of palliative care in lung cancer patients: a population study using linked health data. *BMC Palliat Care.* 2018; 26;17(1):37.
24. Watson GA, Saunders J, Coate L. Evaluating the Time to Palliative Care Referrals in Patients With Small-Cell Lung Cancer: A Single-Centre Retrospective Review. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018 Jan 1:1049909118775066.

25. Yang GM, Teo I, Neo SH. Pilot randomized phase II trial of the enhancing quality of life in patients (EQUIP) **intervention** for patients with advanced lung cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. **2018 Jan 1**:1049909118756095.
26. Hoerger M, Greer JA, Jackson VA, et al. Defining the elements of early palliative care that are associated with patient-reported outcomes and the delivery of end-of-life care. *J Clin Oncol* 2018; 36(11):1096-1102.