

## Bölüm 17

# Palyatif Bakımda Gastrointestinal Sistem Semptomlarının Yönetimi

Dr. Osman EKİNCİ

### Giriş

Sindirim sistemi ağızdan başlar dil, dişler, farenks, özofagustan mideye ulaşır. Midenin belirli bir süre bekletilerek sindirime tabii tuttuğu yiyecekler pıloru geçerek duodenuma gelir, burada safra enzimleri ve pankreas enzimlerinin de katılımıyla enzimatik faaliyet daha da etkinleşir. İnce barsaklara gelen gıdalar kalın barsağın son kısmı olan olan rektuma geldiklerinde nerdeyse tamamen sindirilmiş ve sadece posa halini alır. Rektumun son kısmı olan anal bölgede sindirim kanalı sonlanır. Tüm bu bölgelerin çalışma mekanizmaları, salgıları, epitel yapıları birbirinden farklılıklar gösterir. Alınan besinlerin beklenme süreleri de her bölgede farklıdır. Sindirim sistemi 60 üzerinde salgı, hormon sekrete ederek hem sindirim faaliyetini hem de diğer organların fonksiyonlarını yönlendirir. Bu nedenle son yapılan araştırmalar ışığında vücudun yönetiminde etkin organın beyin mi yoksa sindirim sistemi olduğu tartışılmaya başlanmıştır(1).

Sindirim sisteminin enzimatik fonksiyonları, fizyolojik fonksiyonları veya anatomik yapılarında meydana gelen patolojiler küratif tedavi ile tedavi edilemeyecek evreye geldiğinde veya vücudun direncinin küratif tedaviyi tolere edemeyecek (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi operasyonlar gibi nedenlerle) hale geldiğinde palyatif bakım gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla sindirim sistemi dışındaki organların hastalıklarında da sindirim sistemine ait semptomlar ortaya çıkmaktadır.

Palyatif bakım (PB)'da en önemli bakım ve tedavi oranını beslenme ve beslenmeye ait semptomların yöntemini oluşturmaktadır. Bu hastalar büyük oranda (%60-%70 üzeri) malnütrisyonudur. Bunlarla baş edilmediği ve iyi yönetilmediği takdirde yeterli ve dengeli beslenme mümkün değildir. Beslenme fonksiyonu bozulmuş ve malnütrisyonu girmiş hastaların hem semptom

diş fırçaları veya dil temizleme spatülleri ile tek yönde yapılmalıdır. Enfeksiyon da uygun antibiyotik, kitle varlığında antienflamatuvarlar verilmelidir. Vücut direncini arttıran vitaminler faydalı olabilir. Sıvı gıdalar yutulabiliyorsa mutlaka oral beslenme suplemanları verilmeye devam edilmelidir. Şayet tam yutma güçlüğü varsa oral veya nazal olarak gastrik, duodenal ya da jejunal tüp yerleştirilerek enteral tedavi yapılmalıdır. Disfaji kalıcı veya dört haftadan çok daha fazla sürmesi muhtemel ise perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) veya jejunostomi (PEJ) yapılmalıdır. Endoskopi yapılamadığı obstrüktif durumlarda cerrahi olarak kalıcı kateter uygulanmalıdır (27,30,31).

## Kaynaklar

1. Mark F. Gastrointestinal and liver diseases, 9.ed, Philadelphia, Saunders. 2010.
2. Abell TL, Adams KA, Boles RG, et al. Cyclic vomiting syndrome in adults. *Neurogastroenterol Motil.* 2008; 20:269-84.
3. Gourcerol G, Leblanc I, Leroi AM, Denis P, Ducrotte P. Gastric electrical stimulation in medically refractory nausea and vomiting. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2007; 19: 29-35.
4. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology.* 2006; 130:1466-79. 9.
5. <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/Nausea-and-Vomiting.aspx> Accessed 30 Decemb 2018.
6. Health Education England. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. Publication date: June 2016 Review date: June 2019. 9,19
7. Naslund E, Hellström PM. Appetite signalling: from gut peptides and enteric nerves to brain. *Physiol Behav.* 2007; 92: 256-62.
8. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. How to toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferances, and growth? *Pediatrics.* 2007;120:1069-75.
9. Goncalves CG, Ramos EJ, Romanova IV, Suziki S, Chen C, Meguid MM. Omega-3 fatty acids improve appetite in canser anorexia, but tumor resecting restores it. *Surgery* 2006;139:202-8.
10. <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/anorexiacachexia.aspx> Accessed 10 Decemb. 2018.
11. Greater Manchester Strategic Clinical Network North of England Cancer. Pain and Symptom Control Guidelines Palliative Care. 4nd ed2015.
12. DuPont AW, Sellin JH. İleostomy diarrhea. *Curr treat options gastroenterology* 2006; 9:39-48.
13. Fernández-Bañares F, Esteve M, Salas A, Alsina M, Farré C, González C, et al. Systematic evaluation of the causes of chronic watery diarrhea with functional characteristics. *The American journal of gastroenterology.* 2007; 102(11):2520.

14. Floch MH, Guandalini S, Walker WA, Recommendations for probiotic use. *J Clin Gastroenterol.* 2008; 359:1932-40.
15. <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/Diarrhoea.aspx> Accessed 10 May. 2018.
16. McMahan ZH, DuPont HL. Review article: the history of acute infectious diarrhoea management--from poorly focused empiricism to fluid therapy and modern pharmacotherapy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007; 25: 759-69.
17. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology.* 2006; 130: 1510-18.
18. Camilleri M, Bharucha AE, Ueno R, Burton D, Thomforde GM, Baxter K, et al. Effect of a selective chloride channel activator, lubiprostone, on gastrointestinal transit, gastric sensory, and motor functions in healthy volunteers. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol.* 2006; 290: 942-7.
19. Müller-Lissner S, Rykx A, Kerstens R, Vandeplassche L. A double-blind, placebo-controlled study of prucalopride in elderly patients with chronic constipation. 2008; 358:2344-54.
20. Chiarioni G, Whitehead WE, Pezza V, Morelli A, Bassotti G. Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology.* 2006; 130:657-64.
21. Dipalma JA, Cleveland MV, McGowan J, Herrera JL. A randomized, multi-center, placebo-controlled trial of polyethylene glycol laxative for chronic treatment of chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2007; 102:1436-41.
22. <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/Constipation.aspx> Accessed 15 May. 2018.
23. North of England Cancer Network. Palliative and end of life care guidelines for cancer and non-cancer patients 3rd ed 2012.
24. Corley DA, Kubo A, Levin TR, et al. Abdominal obesity and body mass index as risk factors of Barrett 's esophagus. *Gastroenterology.* 2007; 133: 34-41.
25. Glenn T. Furuta, MD Eosinophilic Esophagitis in Children and Adults *Gastroenterology.* 2007; 133:1342-63.
26. DeVault KR1, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *American College of Gastroenterology* 2005; 100:10-200 .
27. Fass R, Naliboff BD, Fass SS, Peleg N, Wendel C, Malagon IB, Mayer EA. The effect of auditory stress on perception of intraesophageal acid in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2008; 13: 696-705.
28. Kiljander TO, Junghard O, Beckman O, Lind T. Effect of esomeprazole 40 mg once or twice daily on asthma: a randomized, placebo-controlled study. *Am J resp and crit care med* 2006; 173:1091-7.
29. Chandra Prakash MD Ray E Clouse MD Wireless pH Monitoring in Patients with Non-Cardiac Chest Pain *Gastroenterology.* 2006; 101:446-52.
30. Enrique Rey MD, Cristina Moreno-Elola-Olaso MD, Fernando Rodriguez Ar-talejo MD, G Richard Locke III MD, Manuel Diaz-Rubio MD Association be-

tween Weight Gain and Symptoms of Gastroesophageal Reflux in the General Population *Gastroenterology*. 2006; 101:229-33.

31. Vaezi MF, Richter JE, Stasney CR, Spiegel JR, Iannuzzi RA, Crawley JA, Hwang C, Sostek MB, Shaker R. Treatment of chronic posterior laryngitis with esomeprazole. *Laryngoscope*. 2006;1116:254-60.