

palyatif bakım DERNEĞİ



Palyatif Bakım Derneđi Bülteni / Ağustos 2017



YAŞAMI BİRLİKTE KUÇAKLAYALIM

MORFIA®

Morfin Sülfat

CR

Film Tablet



Hizmetinize
sunulmuştur

Palyatif Bakım Bülteni / Ağustos 2017

Prof. Dr. Meltem Uyar

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı,
Algoloji Bilim Dalı

Palyatif Bakım Derneđi Yönetim Kurulu Başkanı

Başkandan;

Polifarmasi çoklu reçete ya da fazla sayıda ilaç kullanımı olarak tanımlanabilir. Çoklu ilaç kullanımı dünyada giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Polifarmasi tüm yaş gruplarında görülebilmesine rağmen özellikle palyatif bakım hastalarında ve yaşlılarda daha yaygındır.

Kronik hastalıklar bireyin ilaç kullanma sayısını ve oranını artırmaktadır. Çoklu ilaç kullanımı ko morbid hastalığı olan palyatif bakım hastalarında görülen fizyolojik, farmokinetik ve farmodinamik değişimler nedeniyle önemle ele alınması gereken bir durumdur. Ayrıca palyatif bakım hastalarında birlikte kalp, renal, karaciğer ve mide gibi organ ve sistemlerin fonksiyonlarında bozulma ve ilaç metabolizmasında olumsuz etkilenme durumu ortaya çıkmaktadır. İlaveten palyasyon gerektiren hastalığa bağlı olarak metabolizmada ve ilaçların atılımında ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle de bu grup hastada ilaç yan etki riskini artırmaktadır. Uygunsuz çoklu ilaç reçeteleme ve kullanım alışkanlıkları, ilaçlara bağlı morbidite ve mortalite riskini de artırmaktadır. Palyatif bakım hastalarında çoklu ilaç kullanımı tedaviyi karmaşık hale getirmekte, maliyeti artırmakta ve sağlık-sosyal güvenlik sistemleri açısından da sorun oluşturmaktadır. İlaç etkileşimlerinin ve yan etkilerinin görülme oranı çoklu ilaç kullanımı ile daha da artmaktadır.

Bu sorun, hekimlerin dışında hemşireleri ve diğer sağlık çalışanlarını da ilgilendirmektedir. Bu makalenin amacı; çoklu ilaç kullanımının palyatif bakımda arttığını ve palyatif bakım hastaları üzerinde olumsuz etkileri olduğunu vurgulamak, sağlık personelinin özellikle hastanın tedavi ve bakımından sorumlu olan hemşirelerin dikkatini bu alana çekmektir.

Bu amaçla Palyatif Bakım Derneđi bülteninin bu sayısında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalından Doç.Dr Didem Akçalı'nın değerli yazısına yer verdik.

Katkı sağlaması dileğiyle....

Palyatif Bakımda Polifarmasi

Doç. Dr. Didem Akçalı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Algoloji BD

Palyatif bakımda kalp hastalığı ile demans tanılarının dörtte birini oluşturur ve kanser hala en sık primer tanıdır¹. Kanser hastalarının %81'i 65 yaşın üzerindedir. Bu hasta gruplarında organ fonksiyonlarındaki bozulma, eşlik eden diğer tıbbi hastalıklar, malnutrisyon ve kaşeksi nedeniyle çok sayıda ilacın kullanılması yani polifarmasi sıktır ve ilaç yan etkilerini artırır ve ilaç etkileşimleri yönünden oldukça sakıncalıdır². Bu yazıda kanser ve kanser dışı palyatif bakım hastalarında polifarmasi ilişkili sorunlardan kaçınmak için öneriler yer almaktadır.

İlaç tedavisinin tek doktorun kontrolünde izlenmesi daha uygundur. Palyatif bakım hastaları hassas hastalardır ve giderek fonksiyonel durumlarında bozulma beklenir; dolayısıyla kaşeksi ve ilaç eliminasyonundaki değişiklikler de ilaç seçiminde gözönüne alınmalıdır³.

Bir çalışmada PB'a kabulde 50 hastanın kullanmakta olduğu ilaç sayısı 427 iken 72 saat sonra 285'inin (%67) kesildiği bildirilmiştir⁴. Hastanın kliniği kötüleştiginde %30 olan uygunsuz ilaç oranı, ölüm yaklaştığında daha da artar. Palyatif bakımda izlenen 244 hastanın incelendiği çalışmada (ortalama yaş 74,3), hastaların %47'sini oluşturan kanser hastalarının palyatif bakıma kabulünde ortalama 11,5 ilaç, ölüme yakın ise 10,7 ilaç kullandıkları bildirilmiştir⁵.

Amerikan Geriatri Topluluğunun 2015 Beers kriterlerine göre de olasılıkla uygunsuz ilaçlar sağlık sorunlarını artırır; konfüzyon, düşme ve mortaliteye sebep olabilir. Böbrek fonksiyonuna göre doz ayarlanması ve ilaç etkileşimlerine dikkat edilmesi gereklidir⁶.

Yaşamın sonunda ve yaşam beklentisi 1 yılın altında olan hastalarda çoklu ilaç kullanımı-polifarmasi daha da artar. Uygunsuz ilaç kullanımı ya da gerekli olmayan ilaçlara devam edilmesi hastaya fayda sağlamadığı gibi zarar da verebilir⁷. Verilen ilaçların doz tekrarlarını azaltmak uygun olacaktır. Bu hastaların günde en az 5 ya da daha fazla ilaç aldıkları kaydedilmiştir. Uzun dönemde koruyucu amaçlı ya da kronik hastalıklar için kullanılan ilaçlara terminal hastalığın semptom kontrolünde kullanılan ilaçlar da eklenir. Yaşamın sonunda ilaç metabolizmasında, organ fonksiyonlarında bozulmalar ve kilo kaybı nedeniyle ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamiğinde değişiklikler olur. Yediden fazla ilaç alındığında yan etki sıklığının %80'i geçtiği bildirilmiştir. Bir süre sonra gelişen anoreksi, yutma zorlukları, doyunluk hissi nedeniyle de hastalar ilaçları almakta zorlanacaklardır. Hastalarda ancak yaşamın sonunda yutma güçlüğü ve uyku hali ortaya çıktığında verilen ilaç sayısı azalmaktadır⁸.

Polifarmasiden kaçınmak için yapılması gerekenler aşağıda sıralanmıştır:

1. Kronik hastalıklar için verilen koruyucu ilaçların kesilmesi önerilmektedir.
2. Bu kararların hastayla detaylı olarak konuşulması önemlidir. Aksi takdirde, hasta ilaçların kesilmesini kendisinden vazgeçilmesi ya da eksik tedavi aldığı şeklinde algılayabilir⁸.
3. Palyatif bakımda uzun süreli kardiyovasküler hastalıklardan korunmak önemli olmayacağından statinler kesilmelidir. Miyalji ve GIS yan etkilere sebep olabilir. Yaşamın sonunda zaten kolesterol düzeyleri kilo kaybına bağlı olarak düşmektedir^{7,8}.

Yaşamın sonunda görülen en sık semptomlar dispne, aşırı yorgunluk, uyku bozuklukları, anksiyete, depresyon, öksürük, gastrointestinal problemler ve hareket kısıtlılığıdır². İleri derecede demans hastalarında beklenen yaşam sonu süresi de uzun olduğundan ajitasyon, depresyon, konstipasyon ve ağrı gibi pek çok semptomlarla karşılaşılabilir. Semptom kontrolünde multidisipliner yaklaşımla ilaç dışı tedaviler, psikolojik ve rehabilitasyon önerileri yararlı olacaktır. Dispnenin ilaçsız tedavisinde solunum egzersizleri, nöroelektrik kas uyarılması, göğüs duvarı vibrasyonu kullanılabilir. Böylece ilaç dozları azaltılabilir. Kalp yetmezliğinde dispne ve hava açlığı diüretikle tedavi edilmektedir. Yetmezlik ilerlediğinde diüretiklere direnç gelişebilir; tiazid diüretikler, nitratlar ve opioidler de kullanılabilir². Kannabinoidler çeşitli semptomlara yönelik yararlı etkileri nedeniyle polifarmasiyi azaltmakta faydalı olabilir⁹.

PB'da en sık kullanılan 6 ilaç asetaminofen, morfin, haloperidol, lorazepam, proklorperazin ve atropindir. Yaşamın sonunda en sık yazılan ilaçlar, antihipertansifler, bronkodilatör / bronkolitikler, laksatifler, antidepresanlar, mide koruyucular, opioidler ve opioid olmayan analjezikler, anksiyolitikler, antikolinerjikler, antipsikotiklerdir^{5,10}.

Yaşamı tehdit etmeyen komorbiditelerle ilgili ilaçların devam ettirilmesi uygun değildir (örneğin, atrial fibrilasyon için varfarin). Bu ilaçlara semptom kontrolünde gerekli olanlar da eklendiğinde toplam ilaç yükü ve ilaç masrafı artacak, hasta uyumu azalacaktır⁵. Konsensus toplantısında uygun görülmeyen ilaçlar içinde alfa blokerler, digoksin, heparin ve düşük molekül ağırlıklı heparin, antispazmodikler, hidralazin, varfarin, lipid düşürücü ilaçlar, memantin, antitombotik, antiplatelet ilaçlar (aspirin dışında), hormon antagonistleri, asetikolinesteraz inhibitörleri yer alır². Yine vitaminler, antipsikotikler, insülin, bifosfonatlar gereksiz görülmüştür^{1,7}. Bu kriterlerle palyatif bakım hastalarının ilaçlarının üçte biri kesilmiştir. Kanama riski ve enjeksiyonun rahatsızlığı göz önüne alındığında, subkutan heparin, akut bir endikasyon yoksa palyatif bakımda kesilebilir. Yatağa bağımlı hastada sürdürülebilir. Antidepresan, antipsikotik ve hipnotikler gibi santral sinir sisteminde etkili ilaçlarının yan etkilerinde kaçınmak için sayısı azaltılmalıdır¹.

Gereksiz ilaç kullanımında hastanın kullandığı ilaçlar etkinlik, endikasyon, duplikasyon açılarından değerlendirilerek azaltılabilir. Aşağıdaki 4 prensibe göre ilaç seçimi gerekiz ilaç kullanımından kaçınmak için önerilmektedir:

1. Hastanın yaşam beklentisi
2. İlacı aldıktan sonra etki gösterene kadar geçecek süre
3. Tedavi hedefi küratif/palyatif
4. Tedavi amacı- semptom yönetimi mi koruyucu mu ayırdilmeli¹.

Komorbid hastalıklar için verilen ilaçlar adım adım başlanıp, etki ve yan etkileri değerlendirilerek izlenmelidir². Günde 5 ilaştan fazla yazılması hastanın uyumunu bozar, ilaç etkileşimlerini ve yan etkilerini artırır; ilaç tedavisinde hasta ve bakım verenlerle en sıkıntı verici semptomdan başlanarak tedavi önerileri yapılır.

Yaşlılarda aşağıdaki ilaçlardan kaçınılması gereklidir:

- İnsomnia tedavisinde eszopiklon, zolpidem gibi benzodiazepin olmayan benzodiazepin agonistleri hipnotiklerden kaçınılmalıdır.
- Proton pompa inhibitörlerinin 8 haftadan uzun kullanılmamalıdır (kemik kaybı, kırıklar ve Clostridium difficile enfeksiyonuna yol açabilir).
- Nokturnal poliüride kullanılan desmopressinle hiponatremi riski önemlidir.
- Yeni başlanan opioid tedavilerinde eşzamanlı CYP2D6'yı inhibe eden ilaç alan yaşlılarda oksikodon, morfin, fentanil ve buprenorfinle düşme riski vardır. Yaşlılarda ortostatik hipotansiyona yol açan sedatif, hipnotik, benzodiazepin, antidepresanlar ve NSAİİ kullanımında düşmeye daha sık rastlanmaktadır^{11,13}.
- Güçlü antikolinergik etkili antihistaminikler, antidepresanlar, antimuskarinikler, antispazmodikler, antiemetikler, antipsikotik, antiparkinson ilaçlar ve kas gevşeticiler yaşlılarda önerilmez.
- Mümkünse peptik ülser ve gastrointestinal kanama riski nedeniyle NSAİİ'dan kaçınılmalıdır. Aspirin 80 yaş üzerinde dikkatli kullanılmalıdır⁶. Aspirin, arada analjezik olarak kullanılabilir ama uzun dönem koruyucu ilaç olarak kullanılması önerilmez. Yine diyabetik nefropatiyi önlemek için ACE inhibitörlerinin kullanılması hastalarda uygun değildir¹⁴.

Palyatif bakımda kullanılan pek çok ilaç hastalarda nöropsikiyatrik yan etkilere yol açabilir. Deliryum olgularının %12-39'unun ilaçlara bağlı olduğu gösterilmiştir. En sık opioidler, anksiyolitikler, antipsikotikler, antidepresanlar, steroidler, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar, sekresyon önleyici ilaçlar deliryuma yol açar^{15,16}.

Serotonin sendromu da aşırı serotonerjik aktivite sonucu ortaya çıkan bir toksidromdur. Bazen farkına varılmayacak kadar hafif semptomlarla seyredilse de, yaşamı tehdit eden ciddi sorunlara yol açabilir. Bilinç değişiklikleri, otonomik hiperaktivite ve nöromuskuler anomalilerle gider. Serotonin toksisitesinin hekimlerce %85 farkedilmediği bildirilmiştir. Çoklu ilaç kullanımında ortaya çıkan yan etkileri bu yönden de ele almak yararlı olacaktır. Petidin, tramadol, fentanil serotonin geri alım inhibisyonu yapar. Monoamin oksidaz inhibitörleriyle birlikte serotonin toksisitesine neden olurlar. Trisiklik antidepresanların da serotonin düzeyini artırdığı bilinmektedir. Yine, semptom kontrolünde kullanılan ilaçlardan ondansetron gibi 5HT3 antagonistleri sebep olabilir. Metoklopramid ve atipik antipsikotikler serotonin geri alım inhibitörleriyle beraber kullanıldığında serotonin sendromuna yol açabilir^{15,16}.

Sonuç: Kanserde hastalığın seyri daha tahmin edilebilir olsa da, yaşlılar sıklıkla çoklu kronik hastalıklar zemininde fonksiyonlarını kısıtlayan, geriye dönüşsüz artan sağlık sorunlarından sıkıntı çekerler. Yaşamın sonundaki yaşlı hastalar polifarmasi nedeniyle ilaç yan etkileri için risk altındadır. Uzun süreli tedavilerin kararını vermek iyi klinik izleme mümkün olabilir. Hastaların kullandıkları ilaçların hastayla beraber gözden geçirilerek azaltılmasıyla tehlikeli ilaç etkileşimlerinden kaçınılabilir.

KAYNAKLAR

1. Suhrie EM, Hanlon JT, Jaffe EJ, Sevick MA, Ruby CM, Aspinall SL. Impact of a geriatric nursing home palliative care service on unnecessary medication prescribing. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2009;7(1): 20-5.
2. Cruz-Jentoft AJ, Boland B, Rexach L. Drug Therapy Optimization at the End of Life *Drugs & Aging* 2012; 29: 6, 511–521.
3. Currow DC, Stevenson JP, Abernethy AP, Plummer J, Shelby-James TM. Prescribing in palliative care as death approaches. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Apr;55(4):590-5.
4. Cruikshank RP, Stafford B, Jones L. Polypharmacy in the terminally ill. *Med J Aust.* 2013;199(1):29.
5. McNeil MJ, Kamal AH, Kutner JS, Ritchie CS, Abernethy AP. The Burden of Polypharmacy in Patients Near the End of Life. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(2):178-83.
6. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11):2227-46.
7. Maddison AR, Fisher J, Johnston G. Preventive medication use among persons with limited life expectancy. *Prog Palliat Care.* 2011;19(1):15-21.
8. Russell BJ, Rowett D, Abernethy AP, Currow DC. Prescribing for comorbid disease in a palliative population: focus on the use of lipid-lowering medications. *Intern Med J.* 2014;44(2):177-84.
9. Maida V, Daeninck PJ. A user's guide to cannabinoid therapies in oncology. *Curr Oncol.* 2016;23(6):398-406.
10. Sera L, McPherson ML, Holmes HM. Commonly prescribed medications in a population of hospice patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2014;31(2):126-31.
11. yan-Atwood TE, Hutchinson-Kern M, Ilomäki J, Dooley MJ, Poole SG, Kirkpatrick CM, Manias E, Mitra B, Bell JS. Medication Use and Fall-Related Hospital Admissions from Long-Term Care Facilities: A Hospital-Based Case-Control Study. *Drugs Aging.* 2017 Jun 1. doi: 10.1007/s40266-017-0472-8.
12. Walker PC, Alrawi A, Mitchell JF, Regal RE, Khanderia U. Medication use as a risk factor for falls among hospitalized elderly patients. *Am J Health Syst Pharm.* 2005;62(23):2495-9.
13. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, Marra CA. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med.* 2009;169(21):1952-60.
14. Holmes HM, Sachs GA, Shega JW, Hougham GW, Cox Hayley D, Dale W. Integrating palliative medicine into the care of persons with advanced dementia: identifying appropriate medication use. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(7):1306-11.
15. Anderson T, Watson MS, Marr K. Serotonin syndrome: a hidden danger in palliative care. *Eur J Palliat Care* 2005;12:97–100.
16. Jackson N, Doherty J, Coulter S. Neuropsychiatric complications of commonly used palliative care drugs. *Postgrad Med J.* 2008;84(989):121-6; quiz 125.

MORFIA®

Morfin Sülfat

CR

Film Tablet



Hizmetinize
sunulmuştur