SİTOREDÜKTİF CERRAHİ İLE BİRLİKTE HİPERTERMİK İNTRAPERİTONEAL KEMOTERAPİ UYGULANAN OVER KANSERİ HASTAYA YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

THE APPROACH OF OVARIAN CANCER PATIENT WHO CYTOREDUCTIVE SURGERY WITH HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY: CASE REPORT

Semra ELMAS[1], Gül ERTEM[2]

ÖZET

Jinekolojik kanserler içinde over kanseri sık görülmekte ve hayatı tehdit etmektedir. Gelişen bilim ve teknoloji sayesinde tıp alanındaki yenilikler ile birlikte erken tanı, erken müdahale ve iyi bir bakımla hayatta kalma oranları artış göstermektedir. Yıllar içinde bu kanser türüne yaklaşımlar da değişiklik göstermiştir. Sitoredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi uygulanması bunlardan biridir. Yapılan bu tür cerrahi işlemlerin preoperatif, intraoperatif ve postoperatif aşamaları hassas ve zorlayıcı olmaktadır. Bunun yanında hastalarda birçok komplikasyon gelişebilmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının, tedavi ve iyileşme aşamasındaki hastaya son gelişmeler doğrultundaki bilgi birikimi ile yaklaşmaları gerekmektedir. Böylece bir taraftan hastanın yaşam kalitesi arttırılırken, diğer taraftan yapılan işlemlerin ve tedavi aşamalarının öğrenilmesi sağlık çalışanlarının bakımlarını planlanmalarında kolaylık sağlayacaktır. Bu yaklaşım ile olgumuzda son yapılan çalışmalar doğrultusunda hemşirelik bakımlarının ele alınması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Over Kanseri, Sitoredüktif Cerrahi, Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi, Hemşirelik Bakımı.

ABSTRACT

Over cancer is common in gynecological cancers and threatens life. Thanks to advances in science and technology together with innovations in the field of medicine, early diagnosis, early intervention and with a good care the survival rates are increased. Over the years modalities to this type of cancer also differed. Implementation of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy with cytoreductive surgery is one of them. Preoperative, intraoperative and postoperative phases of performed such surgical procedures are sensitive and challenging. Besides many complications can be seen in patients. Therefore, healthcare professionals need to provide care to the patients who are in the process of treatment and recovery, with the knowledge of the latest developments. Thus, one side of the patient's quality of life increased, on the other hand learning of the transaction and the treatment stage will provide ease in planning the maintenance of health workers. With this approach, in our case was aimed to address the nursing care in line with the recent study.

Keywords: Ovarian Cancer, Cytoreductive Surgery, Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy, Nursing Care.

[1]PhD(c), Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı.
[2] Doç. Dr. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

İletişim / Corresponding Author: Semra ELMAS
e-posta / e-mail: sg.semra.girgec@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 03.11.2016
Kabul Tarihi / Accepted : 28.03.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişen bilim ve teknoloji paralelinde cerrahi ve kemoterapi alanında meydana gelen gelişmelere rağmen, over kanseri (over ca) jinekolojik onkolojide çok önemli bir yere sahip olan ve hayatı tehdit eden bir kanser türüdür.[1] Kadınlarda en sık görülen beşinci kanser olmakla birlikte, görülen kanserlerin %3'ünü oluşturmaktadır.[2, 3] Jinekolojik kanserler içerisinde en yüksek mortalite oranına sahiptir. 2011 yılında, kadın kanserlerine bağlı ölümlerin %6'sını oluşturmuştur.[4, 5] Türkiye'de 2009 yılında yüz binde 6,9 oranında görülmüştür.[6] Genel popülasyondaki kadınların %1,4'ü over ca riski altındadır. Kalıtımsal genetik anomalisi olan kadınlarda bu risk artar. Göğüs Kanseri Duyarlılık (BRCA) mutasyonu olan kadınlarda bu ihtimal %40'a kadar çıkmaktadır.[7]

Over kanserinin semptomları arasında; inatçı kasık ve karın ağrısı, artmış karın çevresi, şişkinlik, yeme güçlüğü ve çabuk doyma, idrara çıkma ihtiyacında artma ve/veya aciliyet hissi olup, semptomlar asemptomatiktir.[8] Bu nedenle genellikle III veya IV. evrelerde tanı konmakta ve sağ kalım oranları düşüktür.[9, 10] Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FİGO)'na göre dört evresi vardır. Evre 1 de; kanser sadece overlerle sınırlıdır. %20 oranında görülür ve sağkalım %73'dür. Evre 2 de; kanser overlerin dışına taşmıştır ve pelvis ile sınırlandırılmış alan içinde büyümektedir. %5 oranında görülür ve sağkalım %45'dir. Evre 3; kanser karın boşluğuna yayılmıştır. %58 oranında görülmekle birlikte %21 sağkalım mevcuttur. Evre 4 de ise, kanser overden uzak olan diğer vücut organlarına metastaz yapmıştır ve %17 oranında görülür. %5 den daha az bir sağkalım mevcuttur.[9, 11] İleri evrede beş yıllık sağ kalım oranı %37,6'dır. Bundan dolayı standart tedavi ile birlikte daha fazla cerrahi ve kemoterapilerden oluşan ek tedaviler gerektirmektedir.[12] Over kanserlerinin %60-80'ini yayılımı hızlı olan yüksek dereceli seröz tipi oluşturmaktadır.[13]

Over ca'nın ilerleyen aşamaları gibi intraperitoneal bölgeye yayılan tümörlerin tedavileri onkolojide önemli bir sorundur.[14] Bu kanser türünde standart tedavi olarak; uygun cerrahi evreleme ve sitoredüksiyon yapılmalı, platin içeren kemoterapiler kullanılmalıdır. Over kanserlerinin %70'i kemoterapik ajanlara karşı duyarlıdır. Kemoterapinin etkin olabilmesi için de tümör hacminin küçük olması gerekmektedir. Bunun için sitoreduktif cerrahi yapılmaktadır. Yapılan cerrahi işlem ile birlikte sağkalım oranı artmaktadır. Evreleme cerrahisinde; batın yıkantı suyu alınması, tip 1 ekstrafasyal histerektomi, bilateral salpingooferektomi, apendektomi, pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu, omentektomi ve batın biopsileri yer almaktadır. Sitoreduktif cerrahide bunların yanında; barsak rezeksiyonu, diyafram soyulması, splenektomi, distal pankreatektomi, karaciğer rezeksiyonu, porta hepatis rezeksiyonu ve diğer işlemler yapılabilir.[15] Standart primer over kanseri cerrahisi; internal genital organlar, omentum ve peritoneal tümör implantlarının alınmasını içerirken, tümörün optimal temizlenmesi için hastaların %25-35'inde barsak rezeksiyonu gerekmektedir. Aynı zamanda %74'ünde de evre ile birlikte paralellik gösteren pelvik ve paraaortik lenf düğümü metastazı görülür.[15, 16] Sitoredüksiyon cerrahisi sonrası; plevral effüzyon, diafragma rezeksiyonu sonrası pnömotoraks, ince barsak rezeksiyonu sonrası enterokutan fistül oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilir. Jinekolojik organlara yakınlıklarından dolayı damar yaralanması, üreter hasarı, mesane perforasyonu, barsak yaralanması gibi komplikasyonların riski artar. Cerrahi alana yakın olan organların yaralanması, akut böbrek hasarı gibi kısmi ya da tam organ hasarı ve yetmezliğiyle sonuçlanabilir. Vasküler yaralanmalar sonrası ciddi kan kayıplarına bağlı organ perfüzyon bozukluğundan ölüme kadar giden sorunlar meydana gelebilir. Anestezik ajanlar da; idrar çıkışını, glomerüler filtrasyon hızını, renal kan akımını ve elektrolitlerin atılımını azaltır.[17] Olası komplikasyonları fazla olan bu girişim türünde amaç, bölgede mak-

roskopik tümör bırakmamaktır. Ancak periton karsinomlu hastalarda tümör hücreleri kalabilmektedir. Kalan hücrelerin ve sitoredüktif cerrahi sırasında periton boşluğuna dökülen malign hücrelerin yok edilmesi için de intraperitoneal kemoterapi kullanılmaktadır.[18] İntraperitoneal kemoterapiyi yüksek ısıda uygulamak (Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC)) sitotoksisitenin yanı sıra, vazodilatasyon ve peritoneal kan akımında artma oluşturduğundan ilaç etkinliği artmaktadır.[18, 19] İlaç doğrudan periton yüzeyindeki tümör hücreleri ile temas ettiğinden dolayı da sistemik etkileri minimal olmaktadır. Bu nedenle kemoterapiye bağlı yan etki nadir görülmektedir.[18] Aynı zamanda tümör hücrelerinin radyoterapi ve kemoterapotik ajanlara karşı duyarlılıklarının artmasına neden olmaktadır.[19] Isının ve ilacın abdomen pelvisin tüm yüzeylerine dağılmasını sağlar. Genel anestezi altında uygulandığından bulantı ve kusma görülmez. HIPEC esnasında geçen süre vücut ısısı, pıhtılaşma, hemodinami vb. fonksiyonel parametrelerin düzeltilmesini sağlar. Bununla birlikte barsak serozası ve mezenterdeki tümör nodülleri eksize edilebilir.[20]

Günümüzde uygun hasta seçimiyle, yapılan tam sitoredüksiyon ve intraperitoneal kemoterapi ile bazı hastalarda 'kür' kabul edilebilecek beş yıllık sağkalım elde edilebilmektedir.[20]

Bu denli komplike cerrahi uygulanan hastalar, tedavilerinin her aşamasında iyi bir bakıma, takibe ve bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Hasta ile yakından ilgilenen sağlık bakım personellerinin, özellikle de hemşirelerin son gelişmeler doğrultusunda hastalara bakım vermeleri gerekmektedir. Bu yaklaşım ile olgumuzda son yapılan çalışmalar doğrultusunda sitoredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi uygulanan over kanseri hastaların hemşirelik bakımlarında ele alınması gereken konulara dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Hasta E.S. 63 yaşında ve BKI: 30,8 dir. Normal doğumla sonuçlanan dört gebelik yaşamıştır. Menopoza 51 yaşında girmiştir. Bir yıl önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile dış kuruma başvuran hastaya yapılan tetkikler sonucunda "umblikal herni" teşhisi konmuştur. Ardından geçirmekte olduğu gribal enfeksiyon uzun süre geçmeyip, buna şiddetli karın ağrıları eklenmiştir. Son üç ayda sağ abdominal bölgede şiddetlenen ağrı ile baş etmeye çalışan hasta, sıcak su tedavisi uygulamaya başlamış ve biraz rahatlama hissetmiştir. Bu esnada tekrar doktora gitmiş, yapılan tetkikler sonucunda "overlerde kist" saptanmıştır. Hasta ve yakınları başka bir kuruma gidip tekrar muayene olunca ileri "over ca" tanısı konmuştur. Girişim yapılan hastaneye gelen hasta ve hasta yakınları yapılan tetkikler sonucunda "over ca" tanısı ile birlikte yapılacaklar konusunda bilgi almışlardır. Bireye yapılacak olan işlemler için onam alınmış, operasyon sorunsuz gerçekleştirilmiştir.

Yapılan cerrahi müdahale: sitoredüksiyon cerrahisi (total abdominal histerektomi + bilateral salpingo ooferektomi + low ant rezeksiyon + kolostomi açılması + appendektomi + peritonektomi + total omentektomi + pelvik paraaortik lenf nodu örneklemesi + frozen + hipec)

Postoperatif (postop) birinci günü yoğun bakımda geçen hasta, ikinci gün de servise alınmıştır. Hasta altı kişilik bir odada kalmıştır. Postop ikinci günde iki ünite total parenteral nutrisyon (TPN) alan hasta, günün ilerleyen zamanlarında oral diyete; su, çay ve meyve suyu ile başlamıştır. Üçüncü günde hasta R1 diyetini almış olup gün içerisinde 2-2,5 lt. su tüketmiştir. Postop sekizinci günde tuzsuz R3 diyeti alan hastanın ara sıra bulantı ve kusması mevcuttur. Hastanın herhangi bir kronik hastalığı olmayıp, 2x1 kan şekerine bakılmaktadır.

Postop ikinci günde yavaş yavaş hareket etmeye başlayan hasta günlük hareket oranını arttırarak gün içerisinde sık sık yürümektedir.

Postop beşinci ve yedinci günlerde abdominal süturlarda açılma ve akıntı gözlenmiştir. Yara yerinden sürüntü şeklinde kültür alınıp, yara yeri bakımı yapılmıştır. Postop yara yeri enfeksiyonu ve kolostomisi olan hasta değerlendirildikten sonra, hemovac drenine ek olarak basınçlı başka bir drenin takılması uygun görülmüştür. Postop sekizinci günde hastanın epigastrik bölgesindeki insizyonun ayrıldığı yere dren yerleştirilmiş ve yara yeri bakımı gerçekleştirilmiştir. Abdominal bölgede ağrı mevcuttur.

Postop altıncı günde mesane egzersizi yapılan hastanın foley kateteri yedinci günde çıkartılmıştır. Miksiyon ve defekasyonda herhangi bir problem yaşanmamıştır.

Hastanın mevcut tedavisi:

- ✓ Polifleks İzolen-S pH 7,4 Elektrolit İ.V. İnfüzyon İçin Çözelti (1x1)
- ✓ Oksapar 4000 Anti-XA IU/0,4 ml (1x1)
- ✓ Panto 40 mg İ.V. Flakon (1x1)
- ✓ Emoject 10mg/2mlx5ml İ.M/İ.V Ampul (2x1)
- ✓ Dikloron 75 mg İ.M 10 Ampul (2x1)
- ✓ Cefaks İ.V/İ.M 750 mg 1 Flakon (2x1)
- ✓ Biofleks Metrosel %0,5 İ.V Perfüzyon Sol.100 ml (2x1)
- ✓ Hametan 30 gr Pomad (3x1) Topikal
- ✓ Furacin %0,2 56 gr Pomad (3x1) Suppozituvar

BULGULAR VE TARTIŞMA

Olgumuzun hemşirelik bakımında kısa ve uzun süreli hedefler belirlenmiş olup girişimler planlanmıştır. Kısa süreli hedefler doğrultusunda;

- Yaşam bulgularının stabilitesinin sağlanması,
- Ağrının azaltılması/giderilmesi
- Kanamanın azaltılması/önlenmesi
- Sıvı-elektrolit dengesinin ve beslenmenin sağlanması
- Mobilizasyonunun sağlanması
- Renal toksisitenin önlenmesi

Uzun süre hedefler doğrultusunda;

- Üriner sistemde, yara yerinde ve dren çevresinde enfeksiyon belirti bulgularının gözlenmemesi/bakımının yapılması
- Yara yeri iyileşiminin sağlanması
- Kolostomi bakımına yönelik bilgi sahibi olması/bakımını üstlenmesi
- Günlük yaşam aktivitelerinde ve bakımında bağımsızlığın sağlanması
- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi
- Kilo kontrolünün sağlanması

Kısa süreli hemşirelik bakımı hedefleri doğrultusunda olgumuzun yaşam bulguları takip edilip stabilitesi sağlanmıştır. Cerrahi işleme yönelik ağrıların azaltılması ve giderilmesinde girişim öncesi ve sonrası ağrı değerlendirmesi yapılarak farmakolojik (order edilen ilaçlar) ve non-farmakolojik (pozisyon verme, konforunu sağlama, masaj vb.) yöntemler uygulanmalıdır. Hastanın ağrı değerlendirilmesi yapıldıktan sonra var olan ağrı durumu order edilen opioid analjezikler ile yönetilip değerlendirilmektedir.

İnsizyon yeri takibinde; hasta ameliyattan gelince yaşam bulguları, insizyon bölgesi kanama, hematom, şişlik ve ağrı yönünden düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Olgumuzun kanama takibi yapılmış olup herhangi bir olumsuz bulguya rastlanmamıştır.

Sıvı-elektrolit ve beslenme dengesinin sürdürülmesi için aldığı-çıkardığı takibi (AÇT) yapılmalı, yaşam bulguları, elektrolit ve kan şekeri düzeyleri izlenmelidir.[21] Vücutta bırakılmış olan drenlerin günlük getirileri not edilerek 50 ml altına düştükçe alınmalıdır.[22] Bulantı-kusma kaydı, diyet ve tedavi takibi de gerekmektedir. Bakım veren sağlık personeli olarak hemşire TPN alan hastaya, uygulama şekline göre bakım verir, antiemetikler, hidrasyon, elektrolitler ve gerekli kan ürünlerini yönetir.[23] TPN

uygulama öncesi ve sonrası eller yıkanmalı, solüsyonun içeriğine (berrak, partikülsüz, son kullanma tarihi geçmemiş) bakılmalıdır. Solüsyon yarım saat oda ısısında bekletilmelidir. Komplikasyonların önlenmesi için infüzyon pompası/dozimetre kullanılmalıdır. İnfüzyon setleri 24-48 saatte bir değiştirilmelidir. Kullanılan solüsyonlar UV ışığa dirençli materyaller ile kaplanmalıdır. Çok fazla ilaç infüzyonu gerekmeyecekse tek lümenli CVP kateteri kullanılmalıdır. CVP kateterinin bakımı yapılmalıdır. Olgumuza AÇT yapılmış, idrar ve dren çıkışlarında sorun saptanmamıştır. Order edilen TPN verilmiş olup, herhangi bir komplikasyon gözlenmemiş, kan şekeri değerleri normal seviyede ölçülmüştür. Bulantı ve kusma durumu kayıt altına alınarak antiemetik uygulanmış, hidrasyonu intravenöz sıvılarla ve süreç içerisinde oral alımla sağlanmıştır.

Hastaya yatak içi egzersizler yaptırılarak mobilizasyona hazırlanmalıdır. Aynı zamanda venöz tromboemboli (VTE) profilaksisi ve basınç noktası düşürme gereklidir. Olgumuza yatak içi pozisyonlar verilmesi, order edilen tedavilerinin uygulanması ve mobilizasyonu sırasında herhangi bir sorun saptanmamıştır.

Kemoterapinin renal toksisitesinden, HIPEC esnasında dikkatli idrar çıkışı takibi ile kaçınılabilir.[20] Özellikle renal yetmezlik tetiklenme ihtimaline karşı hastanın hidrasyonu takip edilir, en kısa zamanda intestinal paralizinin izin verdiği ölçüde oral gıda alımı sağlanır. Hastanın postoperatif takiplerinde de günlük tam kan sayımı, kan üre azotu (BUN) ve kreatin düzeyi ve C-reaktif protein (CRP) ölçümü yapılır. Olgumuzun CRP (kantitatif) değeri 47,7mg/L, kreatinin 0,8 mg/dl çıkmıştır. Oral alım ve hidrasyonunda herhangi bir sorun saptanmamıştır.

Uzun süreli hemşirelik bakımı hedefleri doğrultusunda hastaya farklı girişimler planlanmalıdır.

Postoperatif dönemde en sık görülen komplikasyonlar; ileus, plevral efüzyon, enfeksiyon (yara yeri), anastomoz kaçağı, fistül, kanama, geçici hepatit ve trombositopenidir.[20] Hasta, sepsisi düşündüren ateş ve diğer yaşam bulguları değişiklikleri konusunda değerlendirilmeli ve izlenmelidir. Aynı zamanda kan tahlilleri sonuçları nötropeni ve diğer kemoterapi ile ilişkili yan etkiler açısından takip edilmelidir.[23] Olgumuzda takipler sırasında insizyon yerinde açılma gözlenmiştir. Yara yeri enfeksiyonuna yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Bu doğrultuda hastanın yaşam bulguları takip edilir, ateş, gerginlik, kanama, hematom, şişkinlik ve ağrı yönünden değerlendirilir. Dren takibi yapılmalı, gelen sıvı miktarı, rengi, yoğunluğu değerlendirilmelidir. Aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır. Yara yerine 8-12 saat aralıklarla pansuman yapılarak bölge daima temiz ve kuru tutulmalıdır. Yara travmalardan korunarak hastaya uygun bir pozisyon verilmelidir. Her bakımda yaranın durumu kayıt altına alınmalıdır. Hasta odasına ziyaretçi kısıtlaması yapılır. Olgumuza antitrombotik uygulanmış olup, yaşamsal bulgularının ve yara yerinin izlenmesinin ardından kültür sonuçlarına göre enfeksiyon gelişimine yönelik antibiyotik ve lokal hemostatik tedavisi uygulanmıştır. Yara yeri enfeksiyonuna yönelik belirtilen hemşirelik girişimleri yapılmış olup, kan tahlilleri sonuçları izlenmiştir. Üriner sisteme ve dren bölgesine yönelik bakımlar yapılmış olup bu bölgelerde herhangi bir enfeksiyon belirtisi gözlenmemiştir.

Hasta ve ailesi yara bakımı (beslenme, asepsi-antisepsi, enfeksiyon bulgularını gözlemleme, pansuman yapma vs.) ve cerrahi komplikasyonu izleme konusunda bilgi gereksinim duyduğundan dolayı eğitim verilmelidir.[23] Bizim olgumuzun ve yakınlarının yara bakımı ve izlemler konusunda bilgi eksikliğinin olduğu saptanmıştır. İşlemler esnasında hasta ve yakınlarına bilgi verilerek bakımlar öğretilmiş, evde yapılması gerekenler konusunda bilgi verilmiştir. Hastanın bakımlarını üstlenmeye çalıştığı, hemşire ve yakınları tarafından da her zaman desteklendiği ve yara yeri iyileşimi sürecinin sağlandığı gözlemlenmiştir.

Kolostomi bakımı medikal firmasından gelen görevli tarafından hasta ve yakınlarına anlatılmıştır. Hasta klinikte kaldığı süre içerisinde kolostomi bakımını yapmaya çalıştığı, daha çok yakınları tarafından üstlenildiği ve klinik hemşireleri tarafından desteklendiği gözlemlenmiştir. Ostomi yeri ve fonksiyonlarında sorun saptanmamıştır.

Olgumuzun günlük yaşam aktivitelerine yavaş yavaş katıldığı, öz bakımını üstlenmeye çalıştığı bazen de yakınları tarafından desteklendiği gözlemlenmiştir. Hastanın süreç içerisinde ağrı kontrolünün sağlanması, tedavisinin gerçekleştirilmesi, iyileşme sürecinin başlaması, bakımları konusunda kendisinin ve yakınlarının bilgi sahibi olması, destek alabilecek bireylerin olması, bakımlarının gerçekleştirilmesi ve kendisinin de dahil olmaya çalışması ile yaşam kalitesinin yükselmeye başladığının bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Kilo kontrolü için hastanın hastanedeki diyetleri düzenlenmiş olup, hasta ve yakınlarına beslenme ve egzersiz konusunda hemşireler tarafından bilgi verilmiştir.

HIPEC uygulanan vakaların batından kemoterapi atılım önlemleri güvenli bir şekilde sağlanır. İntraoperatif kemoterapi alan hastanın vücut sıvıları 48 saat boyunca kontamine olarak kabul edildiği için, hastaya bakan sağlık çalışanları 48 saat bireysel güvenlik önlemlerini almalıdırlar. Sağlık çalışanları inhalasyon, temas ve enjeksiyon durumlarında ve sitotoksik maddeler ile temas eden personel lateks eldiven, steril önlük, koruyucu gözlük, maske, açılmaz atık konteyneri, özel olarak işaretlenmiş keten çanta kullanmalıdırlar.[24, 25] Serviste tek kişilik odada kalması gereken hastanın, odaların dolu olmasından dolayı kalabalık bir ortamda kaldığı belirlenmiş olup, sağlık çalışanlarının bireysel önlemleri tam olarak almadığı saptanmıştır.

Ele alınan vakada olduğu gibi komplike olguların bakımında yaşam bulgularının, ağrının, cerrahi işlem ile ilgili komplikasyonların, sıvı-elektrolit dengesizliklerine ve hareketsizliğe yönelik değerlendirmeler gibi izlemlerin takibi çok önemli yer tutmaktadır. Hemşirelik girişimleri olarak bu izlemler yapılırken derin insizyon yeri, dren, ostomi yeri ve fonksiyonu, santral venöz basınç, solunum ve böbrek fonksiyonları dikkate alınmalıdır.[21]

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın üreme organlarından, gastrointestinal sistem ve primer, multifokal periton tümörlerinden kaynaklanan kanserlerin intraperitoneal bölgeye yayılan hastaların tedavi ve bakımları onkolojide önemli bir sorundur. Aynı zamanda kadın üreme organlarından kaynaklanan kanserlerle karşılaşma ve sonrasında mücadele etme kadınlar için korkulu bir süreçtir. Tedavi ve iyileşme aşaması da hassas ve zorlayıcı olup, sürece bilgi birikimi ile yaklaşmayı ve iyi bir bakımı gerektirmektedir. Bundan dolayı ameliyat sonrası takip, bakım ve oluşabilecek komplikasyonlara yaklaşım önemli bir yer tutmaktadır. Hastanın yaşam kalitesinin arttırılması, desteklenmesi, bakımına yönelik eğitim verilmesi sağlık personelinin önemli sorumlulukları arasındadır. Bu tür hastalara yapılan işlemlerin ve tedavi aşamalarının güncel yaklaşımlarla öğrenilmesi bakımlarının planlanmasında kolaylık sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Permuth-Wey, J., Sellers, TA. (2009). "Epidemiology of Ovarian Cancer". Methods Mol Biol., 472: 413-37.
2. Arbyn, M., Castellsague´, X., Sanjose´, S., Bruni, L., Sarai Ya, M., Bray, F., Ferlay, J. (2011). "Worldwide Burden of Cervical Cancer in 2008". Annals of Oncology, 22: 2675–86.
3. Jemal, A., Bray, F., Center, MM., Ferlay, J., Ward, E., Forman, D. (2011). "Global Cancer Statistics". Ca Cancer J Clin, 6: 69–90.
4. Siegel, R., Ward, E., Brawley, O., Jemal, A. (2013). "Cancer Statistics, 2011 The Impact of Eliminating Socioeconomic and Racial Disparities on Premature Cancer Deaths". Cancer J Clin, 61: 212-36.
5. Girgeç, S., Çalışkan, İ., Sevil, Ü. (2015). "Türkiye'deki Hemşirelerin Jinekolojik Kanserler İle İlgili Yaptığı Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin İncelenmesi". Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 2: 26-38. Doi: 10.17367/JACSD.2015211007
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. (2014). Ankara. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/2013_istatistik.pdf Erişim Tarihi: 07.06.2016.
7. National Cancer Institute. (2015). BRCA1 and BRCA2: Cancer Risk and Genetic Testing. http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/BRCA Erişim Tarihi: 07.06.2016.
8. Cancer Research UK. Ovarian Cancer Symptoms. (2016). http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/ovarian-cancer/about/ovarian-cancer-symptoms Erişim Tarihi: 07.06.2016.
9. Bilgin, T. (2004). "Üreme Çağındaki Over Kanserinde Konservatif Cerrahi Hangi Olgulara Hangi Limitasyonda Yapılmalıdır?" TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 7: 108-12.
10. Cancer Research UK. Ovarian Cancer Symptoms. (2016). http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/ovarian-cancer/survival Erişim Tarihi: 07.06.2016.
11. Cancer Research UK. Ovarian Cancer Symptoms. (2016). http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/ovarian-cancer/treatment/stages-of-ovarian-cancer Erişim Tarihi: 07.06.2016.
12. Angelis, R., Sant, M., Coleman, MP., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., et al. (2014). Cancer Survival in Europe 1999–2007 by Country and Age: Results of EUROCARE-5—A Population-Based Study. Lancet Oncol., 15: 23–34.
13. Weil, MK., Chen, A. (2011). "PARP Inhibitor Treatment in Ovarian and Breast Cancer". Curr Probl Cancer, 35 (1): 7–50.
14. Rutkowski P., Śpiewankiewicz B., Herman K., Jastrzębski T., Kładny J., Kojs Z., et al. (2014). Polish Clinical Practice Guidelines on Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) With Cytoreductice Surgery (CRS) in Peritoneal Malignancy Treatment. CURR. Gynecol. Oncol. 12 (2): 86–97 DOI: 10.15557/CGO.2014.0009
15. Şenol, T., Karateke, A. (2015). "Primer veya Nüks Jinekolojik Kanserlerde Sitoredüktif Cerrahinin Yeri". Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics, 8 (2): 108-13.
16. Terek, CM., Çalışkan, C., Turan, V., Özsaran, A., Dikmen, Y., Akgün, E. (2010). "Jinekolojik Onkolojide Kolon Cerrahisi". Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 7 (2): 93- 101.
17. Didik, M. (2014). Jinekolojik Kanser Cerrahisi Geçiren Hastalarda Postoperatif Akut Böbrek Hasarı İçin Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara.
18. Terzi, C., Yılmaz, U., Yakut, C., Özbilgin, M., Obuz, F., Sarıoğlu, S., Füzün, M. (2008). "Kolorektal Kanser Kaynaklı Peritoneal Karsinomatozis Olgusunda Sitoredüksiyon ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Uygulaması ve Literatürün Gözden Geçirilmesi". Ulusal Cerrahi Dergisi, 24 (1): 31-39. ISSN 1300-0705
19. Füzün, M., Canda, AE. (2010). Kolon ve Rektum Kanserleri [www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/020_fuzun.pdf]. İstanbul: Seçil Ofset.
20. Arvas, M., Tokgözoğlu, N. (2014). "Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde Hipec Tedavisinin Yeri". Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1: 1-7.
21. Çelebi, ZM. (2010). Hemşirelerin Total Parenteral Beslenmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
22. Yeğen, C. (2014). "Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi". 5. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi: 101.
23. Warmkessel, JH. (2015). "Looking into Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy". Clinical Queries, 45 (1): 65. DOI-10.1097/01.NURSE.0000458941.58372.1f
24. Moreno, SG., Bayón, LAG., Pérez, GO. (2010). "Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy: Rationale and Technique". World J Gastrointest Oncol, 2 (2): 68-75. doi:10.4251/wjgo.v2.i2.68
25. Avril, D., Stephens Susan, K., White, RN., Cnor Jesus Esquivel, MDO., Anthony Stuart Paul, H., Sugarbaker, MD. (2012). Hyperthermic Intraoperative Intraperitoneal Chemotherapy. http://www.surgicaloncology.com/hiicman.htm Erişim Tarihi: 07.06.2016.