

Ösofajiyal Malinitelerde Stent Yerleştirilmesi İşlemi Sırasında ve İzleyen Dönemde Hemşirenin Rolü

Deniz ÖZTEKİN

*Istanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu,
Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL*

Özet

Ösofagus kanseri sıklıkla metastatik ya da cerrahisi mümkün olmayan bir hastalıktır. Hastalar, multidisipliner ekip yaklaşımını gerektiren, kemoterapi, radyoterapi, endoluminal stent yerleştirilmesi, laser ve cerrahi gibi birçok palyatif girişimden yarar görmektedir. Palyatif girişimlerin kombine kullanımı, semptomların kontrol edilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi veya iyileştirilmesi açısından kullanılmaktadır^{6,13}.

Ösofajiyal stent yerleştirilen hastanın işlem sırasında yakından izlemi ve izleyen dönemde hasta eğitimi yoluyla hemşirelik bakımının başarılı şekilde sürdürülmesi, bu alanda deneyimli hemşirelerin bilgi ve becerilerine bağlıdır².

Literatürde ösofajiyal stent yerleştirilmesi işlemini hemşirelik bakım girişimlerine ilişkin bilgilere az rastlanmaktadır. Bu derlemede, ösofajiyal kanserli hastalarda uygulanan ve palyatif girişimlerden biri olan endoluminal stent yerleştirilmesi işlemi sırasında ve izleyen dönemdeki hemşirelik bakımına ilişkin girişimler irdelenmektedir.

Anahtar sözcükler: Ösofajiyal stent, ösofajiyal malinite, hemşirelik bakımı

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2006; 13(3): 113-118

Summary

The Nursing Role During and After Oesophageal Stent Insertion in Patients with Oesophageal Cancers

Most patients with cancers of oesophagus ultimately develop metastatic or inoperable disease, rendering them incurable. They can, however, benefit from a variety of palliative interventions involving the multidisciplinary team, including chemotherapy, radiotherapy, endoluminal stenting, laser, or surgery. Often a combination of such strategies will be used to control symptoms, and maintain or improve quality of life^{6,13}.

Close monitoring of the patient during oesophageal stent insertion endoscopically and successful nursing care by patient education after the procedure depends on knowledge and skills of registered nurses who had experienced in this field².

In the literature, there are not so many reports on nursing care activities about endoluminal stenting. In this review, it was reviewed the literature data about procedural and post procedural activities of endoluminal stenting which is the one of the palliative procedures in patients with oesophageal cancers.

Anahtar sözcükler: Oesophageal stent, oesophageal malignance, nursing care

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2006; 13(3): 113-118

Giriş

Özofajiyal lümen içerisinde obstrüksiyona yol açan tümörlerin geçici tedavisinde özofajiyal stentlerin endoskopik yöntemler kullanılarak yerleştirilmesi sıklıkla uygulanmaktadır. Bu girişim genellikle özofajiyal dilatasyonu izleyen dönemde gerçekleştirilmektedir^{1,2}.

Özofajiyal neoplasmların yerinin ve türünün belirlenmesinde gerçekleştirilen baryumlu çalışmalar ve endoskopik girişimler, birbirlerini tamamlamaktadırlar. Literatürde, erken evre özofagus kanserlerinin endoskopik girişimler sırasında zaman zaman gözlemlenemediği, endoskopik ultrasonografinin en doğru evre-

lendirme gereci olduğu bildirilmektedir. Cerrahi açıdan tedavisi gerçekleştirilemeyen özofajiyal olgularda bir tedavi yaklaşımı şeklinde düşünülen endoskopik girişim hastanın bakım sürecine de olumlu katkı sağlamaktadır²⁻⁴.

Ciddi disfaji deneyimleyen hastanın beslenme gereksinimlerini karşılamada giriştiği bolus gıda alımı, özofajiyal lümen içerisinde obstrüksiyonlara yol açabilmektedir. Disfajiye yol açan gıda maddelerinin endoskopik yöntemlerle çıkarılabilmesi mümkündür. Ancak, özofajiyal malinitelerde tedavinin şekli değişmektedir. Kötü huylu özofajiyal darlıklarda kullanılan yöntem, balon ya da kılavuz tel aracılığıyla kullanılan buji dilatasyonudur. Dilatasyon sonrası dis-

fajinin yinelemesi durumunda ise, özofajiyal stent yerleştirilmesi kaçınılmaz bir tedavi modalitesidir^{2,4}.

Özofajiyal stent yerleştirilen hastanın işlem sırasında yakından izlemi ve izleyen dönemde hasta eğitimi yoluyla hemşirelik bakımının başarılı şekilde sürdürülmesi, gastroenteroloji hemşirelerinin bilgi, deneyim ve becerilerine paralellik göstermektedir².

Özofajiyal Stent Yerleştirme Tekniğine Genel Bakış

Üst gastrointestinal sistemde (GIS) tümöral lezyonun tanısı, darlığın derecesi, uzunluğu ve kesici dişlere olan uzaklığının belirlenmesi ve palyatif tedavi açısından stent (protez) yerleştirilmesi işlemi, endoskopide önemli rol oynamaktadır^{3,5}.

Tıkayıcı tümör bulguları veren hastalarda endoskop genellikle lümeden geçirilememekte, bu nedenle endoskopik görüş altında biyopsi kanalından bir kılavuz tel geçirilerek ucu fluoroskopik kontrol altında mideye girilinceye değin kontrol edilmekte ve büyük kuruvatür boyunca pozisyone edilmektedir. Endoskop çıkarıldıktan sonra, tümöral darlık kılavuz tel üzerinden dilatatörler, bujiler veya balonlar aracılığıyla genişletilmektedir^{3,5}.

Darlığın uzunluğu belirlendikten sonra, proksimal ve distaldeki daralmanın 2,5-3 cm kadar üzerinde ve altında kalacak uzunlukta bir protez seçilmekte ve böylece tümörün kısa süre sonra tekrar darlık yapması önlenmektedir. Özofagusa yerleştirilen stentlerin kendiliğinden genişleyen (self ekspandable) veya genişlemeyen (nonekspandable) türleri bulunmaktadır. Stentler, plastik ve genişleyebilen metal mesh stentler olmak üzere iki grup halinde incelenmektedir. Son yıllarda genişleyen stentler, genişlemeyen stentlerin yerini almaktadır. Wall stent, Gianturco, Ultraflex, Song gibi ticari markalarda kılıflı (covered) veya kılıfsız (non-covered) kendi kendine genişleyebilen stentler kolaylıkla elde edilebilmektedir^{5,6}.

Stent yerleştirilmesi düşünülen adaylar birkaç aydan fazla yaşaması umut edilmeyen, orta hat özofajiyal tümörleri olan hastalardır. Stentler, krikofaringeusun 2 cm içerisine doğru yayılan tümöral olgularda kullanılabilirler. Stent işlevinin, kardiyadaki lezyonlarda biraz daha az olduğu tahmin edilmektedir. Bunun nedeni, kardiyadaki açılanmadır. Uygun stent kullanımı özellikle malinite sergileyen trakeo-özofajiyal fistüllerde etkindir^{4,6}.

Plastik Stentler ve Yerleştirilmesi

Birbirlerine şekil olarak oldukça yakın olan stentlerin 10 mm ya da daha büyük lümenleri bulunmaktadır. Bu stentlerin üst ve alt kısımlarında kaymayı önleyen bölümler ve radyo-opag işaretler bulunmaktadır⁴.

Lezyon radyolojik ve endoskopik yöntemler ile tanılanmaktadır. Hasta stent yerleştirilmesi işleminin amaç, risk ve alternatifleri konusunda aydınlatılmalıdır. Antibiyotik profilaksisi üzerinde düşünülmelidir. Darlık, standart yöntemler kullanılarak dilate edilmelidir. Kullanılacak olan dilatatörler 50 Fr. numaraya (16 mm) kadar çıkarılabilir. Perforasyon ve tümörün parçalanması riski nedeniyle işlem hızlı şekilde gerçekleştirilmemelidir. İşlem birkaç seans halinde de yürütülebilmektedir. Dilatasyon güç, radyasyon tedavisi sonrasında ise çok daha tehlikeli olabilmektedir. Plastik stent yerleştirilmesi işlemi prensipte kolaydır. Ancak, işlem teknik açıdan deneyimli uzman gerektirmektedir^{2,4}.

Dumon-Guillard introdüseri 10,5 mm'lik uzun bir çapa sahip Savary bujisine sahiptir. Bu bujinin beraberinde, bir dizi stent ve yarı sert polivinil itici tüp beraberinde bulunmaktadır. 50 Fr. numara ile buji dilatasyonundan sonra sert bir kılavuz tel yerinde bırakılmaktadır. Telin pozisyonu fluoroskopik olarak kontrol edilmelidir. Uygun boyutlardaki stent seçilerek uzun dilatatör üzerine monte edilmektedir. Gereçler yağlanarak, tıpkı bir dilatatör gibi kılavuz tel üzerinden geçirilmektedir. Kılavuz tel daha sonra geri çekilmektedir. Endoskopi uzmanı farinks seviyesinde

parmaklarını kullanmak isteyebilir. Gerçek pozisyon fluoroskop altında verilmektedir. Stentin doğru şekilde yerleştirilmesi işleminin kolaylaştırılması açısından, tümörün üst ve alt uçlarına endoskopik görüş altında skleroterapi iğnesi kullanılarak kontrast madde (lipiodol) enjeksiyonu gerçekleştirilebilir. Doğru şekilde stent yerleştirilmesini izleyen dönemde dilatatör ve kılavuz tel çıkarılarak, itici tüp yerinde bırakılmalıdır. Endoskopi daha sonra itici tüp yoluyla gerçekleştirilmelidir. İtici tüp 1-2 cm geri çekilerek, stentten ayrılması sağlanmalıdır⁴.

Nottingham Sistemi'ne göre bir diğer uygulamada söz konusudur. Uygun bir dilatasyon sonrası standart kılavuz tel geçirilmektedir. Stentin kilidi açılarak ve kılavuz teli ve diğer aksesuarları çıkarılarak stent serbestlenmektedir. İtici bir tüp bu sistemde de kullanılabilir. Bu şekilde stent yerinde tutulabilmekte ve endoskopik yöntem ile kontrolü mümkün olabilmektedir^{2,4}.

Genişleyebilen Metal Mesh Stentler

Çeşitli tiplerde bulunan metal mesh stentler ileri teknolojinin bir ürünüdür. Nitinol (hafızalı metal) veya paslanmayan çelik 8-10 mm'lik çapı (20-25 Fr.) bulunan introdüser tüpü içerisinde sıkıştırılmaktadır. Stent, işlem öncesi bir dizi dilatasyon sonrasında fluoroskopik kontrol altında bir kılavuz tel üzerinden geçirilmektedir. Stent, dış kılıfın aşamalı şekilde geri çekilmesi yoluyla serbestlenmektedir. Bu stentlerin maksimum çapları 15-18 mm'dir. Ancak, stentlerin çapları bir kuvvet uygulanması yoluyla büyük ölçüde değiştirilebilir^{4,7}.

Cerrahi tedavisi mümkün olmayan malinite sergileyen özofajiyal obstrüksiyonlarda ve stenotik servikal özofagus kanserlerinde kendiliğinden genişleyebilen metal stentler, diğer palyatif modalitelere oranla daha ekonomik olup güvenle kullanılabilir ve yaşam kalitesini artırmaktadırlar⁸⁻¹⁰.

Komplikasyonlar

Özofajiyal stent yerleştirilmesi işlemi çeşitli komplikasyonlara yol açabilir. Stentler, perforasyon ile birlikte erozyonlara, kanamalara, inatçı tarzda obstrüksiyonlar sonucu tümörün doku içerisinde büyümesine, gıdaların lümen içerisinden mideye geçememesine ve bunun sonucu olarak da aspirasyona yol açabilmektedir. Proksimal ve distal özofagusa yerleştirilen stentler ciddi komplikasyonlara sebep labilmektedir. Servikal özofagusa yerleştirilen stentler yutma güçlüğü^{7,9} ve aspirasyon olasılığını arttırmakta, gastroözofajiyal kavşaktan geçen gıdalar ise gastroözofajiyal reflü ile birlikte özofajitis ve aspirasyona neden olmaktadır. Aspirasyon riski hastanın başının hemşire tarafından yukarı pozisyonda tutulması yoluyla en aza indirilebilir. Özofajit, H2 -bloker ya da proton pompası inhibitörü tedavisi ile ilgili hekim direktiflerinin hemşire tarafından uygulanması yoluyla önenebilir. İnatçı tarzda gelişen obstrüksiyonlarda lazer ya da argon plazma koagülasyon ablasyon tedavisi uygulanmalı ve izleyen dönemde ikinci stent uygulaması öngörülmelidir¹.

Stent yerleştirildikten sonra, hastaların yaklaşık üçte birinde inatçı tarzda disfaji ortaya çıkmaktadır. Stente bağlı inatçı disfaji riskinin azaltılması açısından stent tiplerinde değişiklik oluşturacak yeniliklere gerek duyulmaktadır⁷.

Stent Yerleştirilmesini İzleyen Dönemde Hasta İzlemi

Üst özofajiyal tümöre sahip hastalarda stent yerleştirilmesi sonucu oluşan trakeal basıya bağlı olarak solunumsal distres ortaya çıkabilir. Bu durumun her an ortaya çıkabileceği düşünülerek stentin gereksinildiği halde çıkarılması için hazırlıklı olunmalıdır⁴.

Stentin sokulması işlemi sırasında perforasyon riskinin ortaya çıkması olasılığı %5-10' dur. Hastalar gece boyunca hastanede gözlem alın-

da bulundurulmalıdır. Göğüs filminin çekilmesi ve suda çözünen kontrast maddenin içirilmesi gibi incelemeler, işlemde ortalama iki saat sonra gerçekleştirilmelidir⁵.

Aşırı miktarda büyük hacimli gıda maddelerini tüketmek ve özellikle yeterince çiğnememek, obstrüksiyonlara yol açabilir. Bu durum ortaya çıktığında, alınan bolus şeklindeki gıda maddeleri çıkarılmalı veya endoskopi kementi (snare) ya da biyopsi forsepsi kullanılarak bu maddeler parçalara ayrılmalıdır. Bazı durumlarda stentin çıkarılması ve yeniden yerleştirilmesi gerekli olabilir⁴.

Stentin Çıkarılması

Stentin işlevselliğini yerine getirmemesi, tümöral oluşumdaki büyüme ile ilintilidir. Bu durumlarda endoskopik diyatermi, lazer fotokoagülasyon uygulamaları ya da bir diğer daha küçük boyutlardaki stentin yerleştirilmesi gündeme gelebilir. Kardiyayı geçen stentlerde gastroözofagiyal reflü sorun olabilir. Stentler zamanla tahrip olabilir. Kemoterapi/radyoterapi-den olumlu sonuç alındığı durumlarda, stentin tümüyle çıkarılması düşünülebilir⁴.

Stentin tümüyle çıkarılması, özellikle tümörlerin büyüdüğü olgularda güçlükler yaratır. Stent aşağı doğru kaydığında, çıkarılması işlemi çok daha kolay bir şekilde gerçekleştirilir. Bu durumda ilk olarak stent mide içerisine doğru itilmeli, döndürülmeli ve distal uç rehberliğinde geri doğru çekilmelidir. Stentin, lümeni içerisinde şişirilen balon yoluyla çıkarılmadığı durumlarda, polipektomi kementi (snare) kullanılmalıdır. Mide içerisine doğru hareket edebilen plastik stentler, in situ bırakıldıklarında nadiren sorun yaratırlar⁴.

İşlem ve Hemşirelik Bakımı

Bu işlem, özofagus içerisinde kötü huylu darlığa sahip ve yutkunma sorunu yaşayan

hastalara uygulanan palyatif bir uygulamadır.

Gereçler: Dilatasyon işlemi kontrol listesi

- İnce önden/yandan görüşlü gastroskop
- Malzeme arabası, aspiratör, rutin özofago-gastroduodenostomi donanımı
- Histolojik/sitolojik incelemeler için biyopsi/fırçalama aletleri (önceki endoskopik girişimlerde patolojiden kesin sonuç alınmadığı takdirde, incelemelerin yinelenmesi gerekebilir).
- Dilatasyon gereçleri
- Ekip üyelerinin kullanımına yönelik koruyucu gözlükler-kılavuz telin ucu keskin olduğundan göz yaralanmasına neden olabilir.)
- Radyoloji birimlerinin düzenlenmesi

Yukarıdaki özofagiyal dilatasyon işlemi kontrol listesine ek olarak;

- Özofagiyal tüp introdüseri
- Genişleyen oliv'ler
- Esnek tüpler
- Atkinson tüpleri

İşlem

1. Hasta hazırlığı endoskopi işlemi hazırlığına benzer. İşlem öncesi dönemde hasta, endoskopi uzmanı ve hemşire tarafından rahatlatılmalı ve riskler konusunda aydınlatılmalıdır.

2. Seçilen protez introdüser üzerine monte edilmeli, sıkı şekilde güven altına alınmalı ve dişlere olan uzaklık introdüser shaftı üzerine işaretlenmelidir.

3. Protez kayganlaştırılmalı ve kılavuz tel üzerinden geçirilerek pozisyone edilmelidir. Fluoroskopi altında kontrol edilerek doğru pozisyonda olup olmadığı incelenmelidir.

4. İntrodüser ve kılavuz tel çıkarıldıktan sonra, endoskop yeniden sokularak özofagus içerisindeki tübün görünümü kontrol edilmelidir.

5. Servise yatırılan hastaya yazılı eğitim verilmelidir^{11,12}.

Özofajiyal Stent Yerleştirilmesini İzleyen Dönemde Hemşirelik Bakımı

1. Hastanın göğüs filmi çekilinceye değin, nabız, kan basıncı ve özofajiyal perforasyon belirtisi ve bulguları sürekli izlenmeli ve hastanın genel durumu profesyonel sağlık ekibi üyeleri tarafından incelenmelidir.

2. Hastaya, dik oturur pozisyon verilerek, dinlenmesi ve desteklenmesi sağlanmalıdır.

3. Pulse oksimetre, ek oksijen tedavisi ve faringiyal aspirasyon ilgili uygulamalar erken iyileşme döneminde gerekli olabilir.

4. Hastanın yaşam bulguları, göğüs filmi ve diğer incelemeleri ile ilgili değerleri olumsuz ise, kendisine ağız yoluyla birşey verilmemelidir.

Hastaların aşağıdaki rejime başlamadan önce profesyonel sağlık ekibi üyelerine danışmaları istenmelidir.:

- İşlemin Gerçekleştirileceği Gün: Boğaz ağrısını gidermek üzere buz parçacıklarının emdirilmesi, sıvı diyet verilmesi,
- İşlemin ikinci Günü: Yarı sıvı diyet verilmesi, püre/sıvı gıda verilmesi,
- İşlemin Üçüncü Günü: Hastanın tercihleri de dikkate alınarak, yumuşak ve besleyici türdeki gıda maddelerinin verilmesi gerekmektedir.

a) Gıdalar iki kez çiğnenmelidir.

b) Tüpün iç yüzeyine gıda maddelerinin yapışmasını önlemek üzere, yemek sırasında/sonra gazoz türü gıdalar, az miktarda içirilmelidir.

c) Antiasitlerin, hekim tarafından direktif edilmesi ve reflünün kaçınılmaz olduğu durumlarda, düzenli şekilde verilmesi sağlanmalıdır.

d) Hastanın dik oturur pozisyonda oturmasına yardımcı olunmalı, yemekten önce dik pozisyonlu iskemlede oturtulması sağlanmalıdır.

5. Başarılı şekilde tüp yerleştirilmesini izleyen dönemde hastanın düzenli aralıklarla diyetisyen kontrolü altında olması sağlanmalıdır.

Hastanın Tüketmemesi Gereken Gıda Maddeleri Şöyle Sıralanabilir:

- Taze ekmek/tost ekmeği
- Katı yumurta
- Portakal ve greyfurt parçacıkları ve meyve kabuğu
- Katı sebze ve kıvırcık salata
- Buğday tanecikleri gibi katı hububat
- Büyük tabletler-(ilaçlar sıvı formda veya ezilebilecek türde olmalıdır).

6. Kusma/yutkunma ile ilgili yakınmalar ortaya çıktığında, tüpün tıkanabileceği unutulmamalı, profesyonel sağlık ekibi üyelerine danışılmalıdır.

7. Açık sıvılar, işlemden 4 saat sonra verilmelidir. Hastalar stent ile ilgili kısıtlamaları anlamak durumundadırlar. Hemşire, hastanın bu süreçte olumlu katılımını sağlamada önemli rol üstlenmektedir.

8. Hastalar yemeklerden önce ve sonra bol miktarda sıvı almalı ve özellikle yumuşak diyet rejimini sürdürmelidirler.

9. Hastaya hemşire tarafından verilecek olan yazılı eğitim yoluyla hasta ve yakınlarının sorunları büyük ölçüde giderilmeye çalışılmalıdır.

10. Hasta hastaneden taburcu edilmeden önce gerekli düzenlemelerin yapılabilmesi için Endoskopi Birimi ile iletişim kurulmalıdır¹¹.

Sonuç olarak, özofajiyal stent yerleştirilen hastanın işlem sırasında yakından izlemi ve izleyen dönemde hasta eğitimi yoluyla hemşirelik bakımının başarılı şekilde sürdürülmesi, gastroenteroloji hemşirelerinin sürekli eğitimini gerekli kılmaktadır. Sürekli eğitimin, endoskopi birimlerine kabul edilen hasta bireylerin hemşirelik bakımına, profesyonel ekip içerisinde çalışan gastroenteroloji hemşiresinin bilgi, deneyim ve becerilerine olumlu katkı sağlayacağı kuşkusuzdur.

Kaynaklar

1. Brian J, Dunkin MD. Complications of upper gastrointestinal endoscopy. In: Scott-Conner C.E.H., editor. The Sages manual: fundamentals of laparoscopy and GI endoscopy: U.S.A: Springer 1999; 470-9.
2. Heitkemper M, Elrod R. Problems of ingestion. In: Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM, editors. Medical surgical nursing. St Louis: Mosby Inc 1996; 1139-65.
3. Heitkemper MM. Upper gastrointestinal problems. In: Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR, editors. Medical surgical nursing. St. Louis: Mosby Year Book 2000; 1080-135.
4. Cotton P, Williams C. Practical gastrointestinal endoscopy. (4th ed.). London: Blackwell Science Ltd. 2001; 50-103.
5. Büyükuncu Y. Üst gastrointestinal system endoskopisi. In: Kalaycı, G, editör. Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2002; 1029-49.
6. Popat S, Lopez J, Chan S. et al. Palliative treatments for patients with inoperable gastroesophageal cancer. Int. J. Palliat Nurs 2006; 23: 306 - 17 .
7. Homs MY, Steverberg EW, Kuipers EJ, et al. Causes and treatment of recurrent dysphagia after self-expanding metal stent placement for palliation of esophageal carcinoma. Endoscopy 2004; 10: 880-6.
8. Xinopoulos D, Dimitroulopoulos D, Tsamakidis K, et al. Natural course of inoperable esophageal cancer treated with metallic expandable stents: quality of life and cost-effectiveness analysis. J Gastroenterol Hepatol 2004; 12: 1397-402.
9. Saranovic Dj, Djuric-Stefanovic A, Ivanovic A, Masulovic D, Pesko P. Fluoroscopically guided insertion of self-expandable metal esophageal stents for palliative treatment of patients with malignant stenosis of esophagus and cardia: comparison of uncovered and covered stent types. Dis Esophagus 2005; 4: 230-8.
10. Shim CS, Jung IS, Bhandari S. et al. Management of malignant strictures of the cervical esophagus with a newly-designed self-expanding metal stent. Endoscopy 2004; 6: 554-7.
11. Bell, GD, McCloy RF, Charlton JE, et al. Recommendations for standards of sedation and patient monitoring during gastrointestinal endoscopy, GUT 1991; 32: 823-7.
12. Ravenscroft MM, Swan CHJ. A handbook for nurses and assistants. London: Chapman & Hall 1984; 59-106.
13. Xinopoulos D, Dimitroulopoulos D, Tsamakidis K, et al. Palliative treatment of advanced esophageal cancer with metal-covered expandable stents. A cost-effectiveness and quality of life study. J BUON 2005; 4: 523-8.