

# Böbrek Kanseri ve Hemşirelik Yönetimi

## Kidney Cancer and Nursing Management

Arzu KAVALA<sup>1</sup> , Dilek YILDIRIM<sup>2</sup> 

### Özet

Dünyada ve ülkemizde önemli toplumsal sağlık sorunlarından biri olan kanser kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedeni olarak görülmektedir. Her geçen gün artış gösteren kanserin 2030 yılına kadar birinci sıraya yerleşeceği düşünülmektedir. Böbrek kanseri prostat ve mesane kanserinden sonra en sık görülen ürogenital kanserdir. Genetik değişiklikleri olan, farklı klinik seyirlerle ilerleyen ve tedaviye farklı yanıtları olan birkaç farklı kanser türünü temsil etmektedir. Böbrek kanserlerinin yarısından fazlası tesadüfen keşfedilmekte ve kilo kaybı, iştahsızlık, anoreksi, öksürük, kemik ağrısı, hematüri, yorgunluk, vücut ısısında artış gibi belirti ve bulgular gözlemlenmektedir. Böbrek kanserlerinin tanısında yer alan yan ağrısı, hematüri ve kitle ise hastaların çok azında gözlemlenmektedir. Böbrek kanserinin tedavisinde cerrahi tedavi, laparoskopik yöntemlerle yapılan nefron koruyucu cerrahi yöntemleri, hedefe yönelik tedaviler, immünoterapi ve semptom yönetimi tercih edilmektedir. Tüm bu tedavi süreçlerinde hastaların ve hasta yakınlarının hemşirelik bakımına ihtiyaçları vardır. Hemşirelik bakımının amacı; tedavi öncesi değerlendirmenin sağlanması, tedavi süreci, tedavi sonrasındaki bakımın verilmesi, hasta ve yakınlarının eğitimlerinin planlanması ve gerçekleştirilmesini kapsamaktadır. Hemşirelerin, hasta ve hasta yakınlarına eğitim vermesi sağlık bilincini arttırmada önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle bu derlemede böbrek kanserli hastaların komplikasyonlarını önlemede, tedavide ve eğitimde hemşirelik yönetiminin önemini vurgulanması ve hemşirelerin bu konuda farkındalıklarının artırılması amaçlanmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Böbrek Kanseri; Hemşirelik Bakımı; Hemşirelik Yönetimi

### Abstract

Cancer, which is one of the important social health problems in the world and in our country, is seen as the second cause of death after cardiovascular diseases. It is thought that cancer, which is increasing day by day, will rank first by 2030. Kidney cancer is the most common urogenital cancer after prostate and bladder cancer. It represents several different types of cancer with genetic changes, progressing with different clinical courses, and different responses to treatment. More than half of kidney cancers are discovered by chance, and signs and symptoms such as weight loss, loss of appetite, anorexia, cough, bone pain, hematuria, fatigue, and an increase in body temperature are observed. Flank pain, hematuria, and mass, which are included in the diagnosis of kidney cancers, are observed in very few of the patients. Surgical treatment, nephron-sparing surgery methods performed with laparoscopic methods, targeted therapies, immunotherapy, and symptom management are preferred in the treatment of kidney cancer. In all these treatment processes, patients and their relatives need nursing care. The purpose of nursing care: It includes providing pre-treatment evaluation, treatment process, post-treatment care, planning, and realization of education of patients and their relatives. Nurses' training for patients and their relatives have an important place in raising health awareness. Therefore, in this review, it is aimed to emphasize the importance of nursing management in preventing complications of patients with kidney cancer, in treatment and education, and to increase the awareness of nurses on this issue.

**Keywords:** Kidney Cancer; Nursing Care; Nursing Management

**Geliş Tarihi / Submitted:** 07 Eylül/September 2022 **Kabul Tarihi / Accepted:** 12 Ekim/October 2022

<sup>1</sup>Öğr. Gör., İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü İstanbul, Türkiye.

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

**İletişim yazarı / Correspondence author:** Arzu KAVALA / **E-posta:** arzukavala@aydin.edu.tr / arzukavalakartal@gmail.com,

**Adres:** İstanbul Aydın Üniversitesi Beşyol, İnönü Cd. No:38, 34295 Küçükçekmece/İstanbul, Türkiye.

## Giriş

Dünyada ve ülkemizde görülen en önemli toplumsal sağlık sorunlarından biri olan kanserin 2030 yılına kadar ölüm nedenleri arasında birinci sıraya yerleşeceği düşünülmektedir. Böbrek kanseri ürogenital kanserler arasında prostat ve mesane kanserinden sonra en sık görülen kanser türüdür (1-2).

Böbrek kanseri tek bir hastalık değildir, ancak tanımlayıcı histolojileri ve genetik değişiklikleri olan, farklı klinik seyirler izleyen ve tedaviye farklı yanıtları olan birkaç farklı kanser türünü temsil eder (3-5). Böbrek kanseri erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmekte ve %85'i malign türdedir. Görülme yaşına bakıldığında 25-79 yaş aralığında artış göstererek, en sık 40-70 yaş aralığında görülmektedir (2). Böbrek kanserinde Tümör-Nod-Metastaz (TNM) sınıflaması kullanılmakta ve dört evrede sınıflama yapılmaktadır (6). Etiyolojisi bilinmemekle birlikte obezite, fiziksel inaktivite, sigara kullanımı, hipertansiyon, beslenme alışkanlıkları, mesleki faktörler, ilaçlar, böbrek hastalıkları, organ nakilleri ve genetik gibi birçok risk faktörü bulunmaktadır (2,7).

Böbrek kanserlerinin erken belirti göstermemesi ve böbrekle ilişkili olmayan belirtilerinin değişkenliği nedeniyle teşhis edilmesi güçtür fakat erken evrelerde saptanması durumunda hastalık farklı seyir göstermektedir. Böbrek kanserlerinin %50'den fazlası tesadüfen keşfedilmektedir (8). Kilo kaybı, iştahsızlık, anoreksi, öksürük, kemik ağrısı, hematüri, yorgunluk, vücut ısısında artış gibi belirti ve bulgular gözlemlenirken, böbrek kanserlerinin tanısında gözlemlenen yan ağrısı, hematüri ve kitle hastaların çok azında gözlemlenmektedir (2,7).

Böbrek kanseri heterojen bir hastalık olması nedeniyle hastalığın prognozunda da farklılıklar gözlemlenmektedir. Bazı böbrek kitleleri hastalık ileri evrelere ulaşmadan semptom göstermediği gibi, muayene ile de fark edilememektedir. Hastalığın tanısı genellikle ultrasonla yapılan görüntülemelerde belirlendiği için hastalığın mortalitesindeki azalma bu rastlantısal teşhise bağlanmaktadır. Yan ağrısı, palpe edilebilir kitle, hematüri ya da metastaza bağlı kemik ağrısı, öksürük gibi belirtiler sonucunda yapılan tetkikler ile tanı konulmaya çalışılmakta aynı

zamanda hastaların laboratuvar bulguları (glomerular filtrasyon hızı, üre, kreatinin, hemogram vb.) değerlendirilmekte ve ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) ile hastalık saptanmakta ve yapısı belirlenmektedir (2,9,10).

Böbrek kanserinin tedavisinde cerrahi tedavi, hedefe yönelik tedaviler, immünoterapi, semptom yönetimi, radyoterapi ve kemoterapi yöntemleri tercih edilmektedir (2,10).

Kanser tedavi sürecinde hastalar ve hasta yakınları hemşirelik bakımına çok fazla ihtiyaç duyarlar. Bu süreçteki hemşirelik bakımı, tedavi öncesi, tedavi süreci ve sonrası kapsamaktadır. Hemşirelerin, hasta ve hasta yakınlarına, böbrek kanseri ve tedavisi, komplikasyonları, hastalığa uyum ile ilgili eğitim vermesi sağlık bilincini arttırmada önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle bu derlemede böbrek kanserli hastaların komplikasyonlarını önlemede, tedavide ve eğitimde hemşirelik yönetiminin öneminin vurgulanması ve hemşirelerin bu konuda farkındalıklarının artırılması amaçlanmaktadır.

## Hemşirelik Yönetimi

Böbrek kanserinin tedavisinde farklı yöntemler uygulanabilmektedir. Her tedavi yöntemine özgü hemşirelik bakımının gerçekleştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik bakımı kapsamında hemşireler hastalık süreci ve tıbbi yönetim hakkında bilgi sahibi olmalı, aynı zamanda da çeşitli tedavilerle ilişkili komplikasyonları ve potansiyel olumsuz etkileri de bilmelidirler. Bütün bunlara ek olarak, semptomları yönetmeye yardımcı olmalı, hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmek ve ailelerini hastalığın sürekliliği boyunca desteklemek için palyatif bakım stratejilerine de dahil etmelidirler (2,11).

## Cerrahi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi

Böbrek kanserlerinin cerrahi tedavisinde radikal nefrektomi uzun süreli tedaviyi sağlamaktadır. Radikal nefrektomi özellikle tümör boyutu büyük olduğu zamanlarda tercih edilmektedir. Erken dönemlerde rastlantısal olarak saptanan tümörlerde açık ya da laparoskopik yöntemlerle nefron koru-

yucu cerrahi yöntemler kullanılmaktadır (2,12). Cerrahi tedavide hemşirelik bakımının amacı; cerrahi işlem öncesi değerlendirme ile başlayarak, cerrahi işlem süreci ve işlem sonrası dönemde hastaların ihtiyaçları doğrultusunda gerekli olan eğitimi ve bakımı sağlamaktır. Aynı zamanda cerrahi işleme bağlı gelişebilecek ağrı, pnömotoraks, kanama, atelektazi, böbrek yetersizliği gibi oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve takibini de içermektedir. Cerrahi işlem sonrasında göğüs tüpü takılması sırasında plevral yaralanmalara karşı dikkatli olunmalı, bağırsak hareketleri düzelene kadar nazogastrik saksına devam edilmeli ve parenteral sıvı replasmanı gerektiği durumlarda yapılmalıdır (11,12). Cerrahi işlem sonrası gelişebilecek diğer komplikasyonlar açısından da dikkatli olunmalıdır (kanama, cerrahi insizyon yerinde ayrılma, hematoma, hematüri, üretral yanma, inkontinans, enfeksiyon vb.). Ayrıca hastalara nefrektomi ile ilgili gerekli açıklamalar yapılarak anksiyete düzeyleri değerlendirilmelidir. Hastalara bir böbrek ile yaşamının mümkün olduğunu fakat dikkat etmesi gerektiği konular hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Taburculuk planı yapılırken de cilt durumu değerlendirilmeli, dren kontrolü yapılmalı, ağrı yönetimi ve beslenme konularında da hastalar bilgilendirilmelidir (11,13).

### **Hedefe Yönelik Tedaviler ve Hemşirelik Yönetimi**

Hedefe yönelik tedavi metastatik böbrek kanserlerinde ilk ya da ikinci tedavi seçeneği olarak uygulandığında başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Hedefe yönelik tedaviler denildiğinde Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü (VEGF) nötralize eden antikörlerini, Tirozin Kinaz İnhibitörlerini (TKI) ve manmalian rapamisin hedef inhibitörlerini (mTOR) içermektedir. Hedefe yönelik tedaviler olarak sınıflandırılan bireysel ajanlar arasında semptomlar ve toksisiteler farklılık göstermektedir. Hedef tedavilerin yan etki profilleri, diğer sistemik tedavilere (kemoterapi, radyoterapi vb.) göre oldukça iyidir. Hastalar tarafından iyi tolere edilmektedir. Ancak her ne kadar az semptom görülse de hedef tedaviler ilişkili açığa çıkan semptomların kötü yönetilmesi, hastaların genel işlevini ve yaşam kalitesini olumsuz etkile-

mektedir. Bununla birlikte, en iyi koşullar altında ve en sıkı izleme bile, hastalar günlük yaşamın rutin aktivitelerinde değişiklik gerektiren önemli sekeller yaşayabilmektedirler (2,11,13).

Böbrek kanseri için kullanılan anti-VEGF monoklonal antikoru bevacizumab'dır. Metastatik renal hücreli karsinomda kullanılmaktadır. Yarılanma ömrü 17-21 gün olarak belirtilmektedir. Bir protein olduğu için dekstroz ile seyreltilmemeli ve intravenöz (IV) puşe olarak verilmemelidir. İlk dozda IV infüzyon 90 dk. olacak şekilde verilir. Hasta iyi tolere eder ise ikinci dozda 60 dk. ve sonraki dozlarda 30 dk. da verilmelidir. Bu ilaç yorgunluk, hipertansiyon, proteinüri, burun kanaması, kanama, tromboz, gastrointestinal perforasyonu ve miyokard enfarktüsüne neden olabilmektedir. Bu toksisitelerin yönetimi, düzenli izlemi, venöz tromboembolizmler için standart bakımın uygulanması, antihipertansif tedavi ve antikoagülanların kullanımını, kontrol edilemeyen tıbbi komplikasyonlar için de dozun geçici olarak kesilmesi ve herhangi bir ciddi olay için tedavinin kalıcı olarak kesilmesi gerekmektedir. Yan etkilerinden dolayı Food and Drug Administration (FDA) tarafından Bevacizumab ile ilgili geçici iskemik atak, anjina ve arteriyel tromboembolik olayların görülme sıklığını ciddi düzeyde arttırdığı ile ilgili uyarı verilmiştir (11). Bir sınıf olarak, VEGF TKI'ler benzer toksisitelere sahiptir ve yönetilebilir. İshal, VEGF TKI'lerinin en yaygın yan etkilerinden biridir ve ilaca ara verilmesini veya doz azaltılmasını gerektirecek kadar şiddetli olabilmektedir. İshal yönetiminde diyet ve farmakolojik tedavi uygulanmalı, gün boyunca öğünleri küçük porsiyonlara bölerek, sıvı alımını arttırılmalıdır. Baharatlı, yüksek yağlı, gaz oluşturan ve kızarmış yiyeceklerden kaçınılması önerilmelidir. Diyet yönetimi etkisiz olduğu zamanlarda antimotilite ajanlarının kullanımı önerilmektedir. Şiddetli durumlarda ise tedaviye ara verilerek intravenöz sıvı ve elektrolit replasmanı uygulanmalıdır. Bevacizumab, hemoraji öyküsü olan hastalarda uygulanmamalıdır, çünkü kanamaya eğilimi arttırabilir (11-13). Yorgunluk açısından da hastalar takip edilmelidirler. Hipotiroidizm, anemi, depresyon, uyku bozuklukları, ağrı ve kanserin kendisi gibi ikincil nedenleri dışlamak

için hastalar yakından değerlendirilmelidirler (12, 14).

Tüm VEGF TKI'lerinde hipertansiyon görülmektedir. VEGF TKI'lerine başlanan tüm hastalarda, özellikle hipertansiyon öyküsü olanlarda, evde kan basıncının izlenmesi gerektiği anlatılmalıdır. İzleme sıklığı ve tıbbi yardım alması hakkında eğitimler verilmelidir. Hipertansiyonu yönetmek için tercih edilen tedavi, anjiyotensin-reseptör blokerlerinin kullanılması ile gerçekleştirilmektedir (12). Hastaların ağrı şikayetleri için analjezikler kullanılmaktadır (11,14). VEGF TKI'leri stomatite neden olmaktadır. Fakat bu stomatit, kemoterapinin neden olduğu stomatitten farklıdır. Semptomlar, iltihaplanma belirtileri olan veya olmayan oral yanmadan oluşmaktadır. Stomatit varlığı yaşam kalitesini, beslenmeyi ve tedavi uyumunu olumsuz etkilemekte ve hastaların baharatlı ve asitli yiyeceklerden kaçınmaları, iyi ağız hijyenini sağlamları, yumuşak bir diş fırçası kullanmaları ve gargaralar önerilmektedir. Bulantı, VEGF TKI'lerinde gözlemlenen bir diğer komplikasyondur. VEGF TKI'lerinin neden olduğu mide bulantısının yönetimi için kanıta dayalı öneriler yoktur. Hastalarda kilo kaybı ve iştah azalması yaygın olarak görülmektedir. Tat duyusu değişmiştir. Bu durumda kilo kaybına ve iştah azalmasına katkıda bulunmaktadır. Hastaların protein, yağ ve kalorisi yüksek olan, az ve sık öğünlerle beslenmesi sağlanmalıdır (12). Hipotiroidizm, VEGF TKI'lerinin potansiyel bir yan etkisidir. Hastalar tedaviden önce ve VEGF TKI'leri ile tedavi alırken düzenli aralıklarla izlenmelidir. VEGF TKI'lerinin, tedavi modifikasyonları (yani, terapiye ara verme süresi ve/veya doz azaltma) gerektiren, değişen şiddet derecelerinde yan etkilere neden olduğunu akılda tutmak önemlidir. Potansiyel yan etkiler hakkında hasta eğitimleri yapılmalı ve semptomların başlangıçları erken bildirilmelidir. Semptom yönetimine ilişkin eğitimlerin verilmesi, ilacı düzenli kullanmaya neden olmakta ve yaşam kalitesinin artması nedeniyle tedavide daha iyi sonuçlar sağlamaktadır (11,13). mTOR inhibitörlerinin ise metabolik anormalliklere (yani hiperglisemi ve hiperlipidemi) neden olduğu bilinmektedir. Bu bozuklukların sinsi seyretmesi nedeniyle, herhangi bir tedaviye başlamadan önce kan sonuçları izlenmelidir. Diyabetli

hastalarda tedaviye başlamadan önce hipergliseminin kontrol altına alınması önerilmektedir. mTOR inhibitörleri immünosupresif özelliklere sahiptir ve hastaları fırsatçı enfeksiyonlara yatkın hale getirebilirler. Herhangi bir enfeksiyon belirtisi açısından hastalar yakından izlenmelidir (13,14).

Bu ajanların bir başka etkisi de enfeksiyöz olmayan pnömonidir. Enfeksiyöz olmayan pnömoni, bir patojenden ziyade mTOR inhibitörünün neden olduğu pnömonidir. Asemptomatik olanlar ve öksürük, dispne, hipoksi gibi spesifik olmayan solunum belirti ve semptomları olanlar da dahil olmak üzere tüm hastaların izlenmesi gerekmektedir (11,12).

### İmmünoterapi ve Hemşirelik Yönetimi

İmmünoterapi, kanserle savaşmak için hastanın bağışıklık sistemini kullanan bir tedavidir. Vücut tarafından üretilen veya bir laboratuvarında üretilen maddeler, vücudun kansere karşı doğal savunmasını güçlendirmek, yönlendirmek veya eski haline getirmek için kullanılır. Bu kanser tedavisi bir tür biyolojik tedavidir. Renal hücreli kanser tedavisinde interferon  $\alpha$  (IFN  $\alpha$ ), aldeslökin/interlökin-2 (IL-2), immünoterapi türleri kullanılmaktadır. Klinikte özellikle renal hücreli karsinom tedavisinde kullanılan ve FDA onaylı immün checkpoint inhibitörleri Nivolumab, Atezolizumab ve Avelumab'tır (2,15-17).

Sitokin tedavisinde; yaygın olarak sitokin, IL-2 kullanılmaktadır. Yüksek doz IL-2, çoklu organ yetmezliğine (yani kalp, akciğerler, böbrekler ve merkezi sinir sistemi) neden olan kılcal sızıntı sendromuna neden olma yeteneği ile bilinir; genellikle çok seçilmiş hastalara verilir. Bu tedaviyi alan hastalar yeterli böbrek, akciğer ve kalp fonksiyonuna sahip olmalıdır. Çok yönlü tarama veya ekokardiogram, stres testi, solunum fonksiyon testleri ve laboratuvarlar dahil olmak üzere temel testler yapılmalıdır. Herhangi bir kardiyak veya pulmoner disfonksiyon, bu ilacın uygulanmasına kontrendikedir. Yüksek doz IL-2, intravenöz infüzyon olarak uygulanır. Gerekli 24 saat kesintisiz izlemeye izin vermek için yatan hasta ortamında verilmelidir (2,11). Sıklıkla görülen yan etkiler; hipotansiyon, pulmoner ödem, böbrek yetersizliği, sıvı retansiyonu

yonu, miyokard infarktüsü, gastro intestinal kanamadır. Diğer yan etkiler ise; titreme, ateş, anoreksi, mental durumda değişim, cilt altı enjeksiyon yerinde reaksiyonlardır (15,18).

Hastanede ya da ayaktan IL-2 veya IFN ile tedavi edilen hastaların bakımında hemşireler önemli bir role sahiptir. Farklı immünojenik ajanların kullanılması ile ilgili olarak hemşirelik bakımında cilt altı enfeksiyonu için hasta eğitimlerinin verilmesi, titreme, ateş halsizlik, tat almada değişiklik, bulantı gibi komplikasyonların takip edilmesi gerekmektedir. Kapsamlı bir hemşirelik bakımı için hasta tanınması, bakım girişimleri ve hasta eğitim stratejileri sağlanmalıdır (2,19-22). Hasta ve yakınlarına verilen bu eğitimler hem semptom kontrolünü sağlamakta hem de hastaların ve tedaviye olan uyumunu etkilemektedir (2,11,23,24).

### **Kemoterapi, Radyoterapi ve Hemşirelik Yönetimi**

Böbrek kanserinde kemoterapi tedavisinin başarı oranı düşüktür. Radyoterapi ise daha çok semptom yönetimi üzerine odaklı olup hastalığın başlangıç yönetiminde nadiren kullanılmaktadır. Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların bakımındaki amaç; semptomların yönetimi ve metastatik hastalıkta palyatif bakımın sağlanmasıdır (2,25). Radyoterapi ve kemoterapi tedavisinde hemşirenin çok önemli rolleri bulunmaktadır. İşlemlerin öncesinde hasta eğitimlerinin yapılması önem teşkil etmektedir.

Radyoterapi tedavisinden önce hastalara radyoterapinin amacı ve hastalıklarına olan etkisinden, tedavi sırasında yalnız olmaları gerektiğinden fakat kapalı devre ile radyoterapist ile konuşabileceklerinden, ışınların vücudunda ağrıya sebep olmayacağından, işlem sırasında pozisyonuna dikkat etmesi gerektiğinden bahsedilmelidir. Ayrıca tedavi bölgesinin her gün ağrı, kuruluk, kızarıklık açısından değerlendirileceği, ilk 24 saatte kızarıklık, daha sonra da döküntülerin olabileceği anlatılmalıdır. Hastalara tedavi bölgesindeki işaretlemeleri silmemesi gerektiği, tedavi bölgesini ılık su ile yıkaması ve tahriş etmeden kurulaması, tedavi bölgesine sabun, deodorant, parfüm vb. sürmemesi gerektiği, tedavi bölgesini tahriş etmeyen giysiler tercih etmesini, güneşten ve

soğuktan korumasını ve deride döküntü meydana geldiğinde nemlendirici kullanabileceği anlatılmalıdır. Radyoterapinin yan etkileri konusunda da hastalar bilgilendirilmelidir (2, 26).

Kemoterapi tedavisinde de hastalara işlem öncesinde eğitim verilmeye başlanılmalıdır. Hastalara kemoterapinin amacı ve hastalığa olan etkisinden, tedavi süresinden ve sürecinden, tedavi sürecinde doktora danışmadan başka ilaç kullanmaması gerektiğinden, tedavi sırasında ve sonrasında bazı sorunlarla karşılaşılacağı (nefes darlığı, burun kanaması, halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma, konstipasyon, ağız içinde yaralar, bir ayda 5 kilodan fazla kilo verme, deride döküntü, işitme kaybı, vb.) anlatılmalıdır. Tedavi sürecinde bol sıvı tüketmesi, beslenmesine dikkat etmesi, sağlığına özen göstermesi, dişlerini düzenli fırçalayıp ağız hijyenine dikkat etmesi, nezle ve grip gibi hastalığı olan kişilerden uzak durması gerektiği, tedavi sırasında diş çektirmemesi, manikür, pedikür yaptırmaması ve enfeksiyonlardan kendisini koruması gerektiği anlatılmalıdır (2,26).

### **Böbrek Kanserinin Tedavisinde Palyatif Bakım**

Böbrek kanseri yönetiminde semptomların ve yan etkilerin giderilmesi önem teşkil etmektedir. Bu nedenle palyatif bakımın bu hastalar için bakım planına dahil edilmesi çok önemlidir. Bu süreç hastalığın sürekliliği sırasında herhangi bir zamanda başlatılabilir; ancak ideal olanı tanı konulduğu zaman başlanmasıdır. Palyatif bakımın amacı; kapsamlı semptom değerlendirmesini, yönetimini ve prognozunu anlaşılmasını sağlayarak, hassas bilgileri, şefkat ve empati ile ileterek, manevi, psikososyal ve kültürel unsurları ele almaktır. Böbrek kanserli hastalar psikolojik şikayetler (anksiyete, duygu durum dalgalanmaları, sinirlilik ve depresyon) ve fiziksel semptomlar (ağrı, yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk, ateş, gece terlemeleri, hipertansiyon, kilo kaybı ve anoreksiya-kaşeksi) ile başvurabilirler. Hiperkalsemi ile ilişkili konfüzyon, uyuşukluk ve kabızlık gibi sorunlar yaşayabilirler. Bu semptomlar genellikle tedaviden kaynaklanan toksisite ile karıştırılmaktadır (27-29). Palyatif bakımda hemşirenin rolü çok büyüktür. İlaç uygulamalarının yapılması, beslenme desteğinin sağlanması, gevşeme

tekniklerinin öğretilmesi, manevi ve duygusal desteğin sağlanması, bakımın koordine edilmesi ve karar verme sürecini kapsamaktadır.

Bilinçli karar vermek ve tedavi hedeflerini belirlemek için hasta ve aile eğitimi gereklidir. Hastanın destek ağını ve baş etme mekanizmalarını anlamak önemlidir. Koçluk ve yüz yüze veya telefonla takip, hasta konforunu ve sonuçlarını iyileştirmeye yardımcı olmaktadır. Palyatif ve destekleyici hizmetlerin bakımın hedeflerine entegrasyonu ile en kaliteli bakım sağlanmaktadır. Araştırmalar, palyatif bakım hizmetlerinin bakım planına entegrasyonunun sadece daha iyi yaşam kalitesi sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda sağlığını uzattığını ve bakım verenler tarafından bildirilen sonuçları iyileştirdiğini göstermiştir (28,29). Böbrek kanseri ile ilgili çalışmalar sınırlı olmasına rağmen, diğer kanser türlerinde yapılan çalışmalar, erken palyatif bakımın daha iyi yaşam kalitesi, daha iyi hasta anlayışı, daha az depresyon ve daha yüksek hasta ve bakım veren memnuniyeti gibi birçok fayda sağladığını göstermektedir (30). Hastalar ve aileleri için en kaliteli bakımı sağlamak için palyatif ve/veya destekleyici bakımla bağlantılı standart bakım protokolleri kullanılmalıdır. Böbrek kanserli hastalar için palyatif bakımın erken entegrasyonu sadece yaşam kalitesini iyileştirmekle kalmadığı gibi aynı zamanda hastalar ve yakınları için en iyi sonuçları sağlamaktadır.

## Sonuç ve Öneriler

Böbrek kanserleri tüm kanserler içerisinde üzerinde çok fazla çalışılmayan, farkındalığı düşük olan fakat erken fark edildiğinde cerrahi, hedefe yönelik tedaviler ve immünoterapi ile tedavi edilebilen, tüm kanserlerde olduğu gibi hemşirelik bakımının önemli olduğu bir hastalıktır. Böbrek kanserinde hemşirelik yönetiminin amaçları; tedavi yöntemlerine yönelik ihtiyaçları belirlemek, komplikasyonları azaltmak, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak, ilaç tedavisinin etkilerini ve yan etkilerini değerlendirmek, aktivite toleransını artırmak bunun yanında hasta ve ailenin eğitimini sağlamaktır. Hasta eğitimi bu süreçte hasta ve yakınları için çok önem teşkil etmektedir. Hastalara hastalığı, hastalığın evresi, uygulanacak tedavi yöntemi, ilaçların etki ve yan etkileri, semptom kontrolü ve palyatif bakım ile ilgili eğitimler verilmelidir. Verilen eğitimler, uzun süren hastalık döneminde hasta ve hasta yakınlarına yol gösterici olacak ve hastaların oluşabilecek problemler konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlayacaktır. Hemşirelerin hastalara yalnız olmadığını hissettirmeleri, onlara sosyal destek sağlamaları, hastaların tedaviye uyumlarını arttırarak hastaların tedavi sürecini olumlu etkileyecektir.

---

### Çıkar Çatışması Beyanı/ Conflict of Interest

Çalışma ile ilgili herhangi bir mali ya da diğer çıkar çatışması yoktur.

### Finansal Destek/ Financial Support

-

### Hakemlik/ Peer Review

Dış bağımsız, çift kör.

### Yazarların katkısı/Authors contributions

Konu seçimi: AK, DY

Tasarım: AK, DY

Planlama: AK, DY

Makale Yazımı: AK, DY

Eleştirel Gözden Geçirme: DY

**Kaynaklar**

1. Türkiye Kanser İstatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2017. [www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html](http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html). Erişim tarihi: 12.08.2022.
2. Ayoğlu T, Özbaşı A. Böbrek Kanseri. Can G. (ed.) Onkoloji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitapevi. 2015. s: 719-29.
3. Cancer Key facts 03 March 2021. WHO. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Erişim tarihi:12.08.2022.
4. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2017. [tuikweb.tuik.gov.tr/ Pre Haber Bultenleri](http://tuikweb.tuik.gov.tr/Pre-Haber-Bultenleri). Erişim tarihi: 12.08.2022.
5. Linehan WM, Schmidt LS, Crooks DR, Wei D, Srinivasan R, Lang M, et al. The Metabolic Basis of Kidney Cancer. *Cancer Discov.* 2019;9(8):1006-21. DOI: 10.1158/2159-8290.CD-18-1354.
6. Kidney Cancer Stages. <https://www.cancer.org/cancer/kidney-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>. Erişim tarihi: 15.08.2022.
7. Patel P and Srinivas S. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. Lara P, Jonasch E. (ed.). *Kidney Cancer Principles and Practice*. Springer Heidelberg Dordrecht London New York.2012. s:3-17.
8. Cinque A, Vago R, Trevisani F. Circulating RNA in Kidney Cancer: What we know and what we still suppose. *Genes (Basel)*. 2021.28;12(6):835. doi: 10.3390/genes12060835.
9. Lekili M. Böbrek tümörleri için tarama programları var mı? Gerekir mi? *Üroonkoloji Bülteni*. 2010;(3):37-39.
10. You D, Choi SY, Ryu J, Kim C. Surgical Consideration in Renal Tumors. Mukul K. Divatia MK, Ozcan A, Guo CC, Ro JY. (ed.). *Kidney Cancer*. Springer Nature Switzerland AG 2020. ISBN 978-3-030-28333-9 (eBook). DOI:10.1007/978-3-030-28333-9. s:3-21.
11. Sinibaldi VJ, Pratz CF, Yankulina O. Kidney cancer: toxicity management, symptom control and palliative care. *J Clin Oncology*. 2018; 36:3632-38.
12. Moldawer NP, Wood LS. The critical role of the oncology nurse as a partner in the management of patients with advanced kidney cancer: toxicity management, symptom control and palliative care. *Cancer J*. 2020;26(5):460-3. DOI: 10.1097/PPO.0000000000000476.
13. O'Dea A, Gedye C, Jago B, Paterson C. Identifying the unmet supportive care needs of people affected by kidney cancer: a systematic review. *J Cancer Surviv*. 2021 (1):1-17. DOI: 10.1007/s11764-021-01113-8.
14. Chowdhury N, Drake CG. Kidney cancer: an overview of current therapeutic approaches. *Urol Clin North Am*. 2020;47(4):419-431. DOI: 10.1016/j.ucl.2020.07.009.
15. Géczi L, Nagyványi K, Maráz A. Immunoterápia a vesedaganatok kezelésében [Immunotherapy of renal cell cancer]. *Magy Onkol*. 2017;61(2):126-131.
16. Santoni M, Massari F, Di Nunno V, Conti A, Cimadamore A, Scarpelli M, et al. Immunotherapy in renal cell carcinoma: latest evidence and clinical implications. *Drugs in Context* 2018;7: DOI: 10.7573/dic.212528.
17. Renal Cell Cancer Treatment–Patient Version. <https://www.cancer.gov/types/kidney/patient/kidney-treatment-pdq>. (Erişim Tarihi: 01.09.2022).
18. Cosmai L, Pirovano M, Re Sartò GV, Gallieni MA. Immunotherapy in kidney cancer: how it has changed and what are the challenges for the nephrologist - focus on pembrolizumab. *G Ital Nefrol*. 2021 ;38(5):2021-vol5.
19. Hammers H. Immunotherapy in kidney cancer: the past, present, and future. *Curr Opin Urol*. 2016 Nov;26(6):543-7. DOI: 10.1097/MOU.0000000000000338.
20. Carlo MI, Voss MH, Motzer RJ. Checkpoint inhibitors and other novel immunotherapies for advanced renal cell carcinoma. *Nat Rev Urol*. 2016;13(7):420-31. DOI: 10.1038/nrurol.2016.103.
21. Hasanov E, Gao J, Tannir NM. The immunotherapy revolution in kidney cancer treatment: scientific rationale and first-generation results. *Cancer J*. 2020;26(5):419-431. DOI: 10.1097/PPO.0000000000000471.
22. Martini A, Fallara G, Pellegrino F, Cirulli GO, Larcher A, Necchi A, et al. Neoadjuvant and adjuvant immunotherapy in renal cell carcinoma. *World J Urol*. 2021;39(5):1369-76. DOI: 10.1007/s00345-020-03550-z.
23. Linehan WM, Rathmell WK. Kidney cancer. *Urol Oncol*. 2012;30(6):948-51. DOI: 10.1016/j.urolonc.2012.08.021.
24. Deleuze A, Saout J, Dugay F, Peyronnet B, Mathieu R, Verhoest G, et al. Immunotherapy in renal cell carcinoma: the future is now. *Int J Mol Sci*. 2020 5;21(7):2532. DOI: 10.3390/ijms21072532.
25. Francisco ALM, Macía M, Alonso F, García P, Gutierrez E, Quintana LF, et al. Onco-Nephrology: Cancer, chemotherapy and

kidney. *Nefrologia (Engl Ed)*. 2019;39(5):473-481. DOI: 10.1016/j.nefro.2018.10.016.

26. Can G. *Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı*. N. Enç (Ed), İç Hastalıkları Hemşireliği içinde, Genişletilmiş ve Güncellenmiş 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2021. s: 368-99.
27. Thompson RM, Patel CR: palliative care principles primary care physicians should know. *Primary Care Reports*.2013(1).
28. Salins N, Ramanjulu R, Patra L, et al: Integration of early specialist palliative care in cancer care and patient related outcomes: A critical review of evidence. *Indian J Palliat Care*. 2016;22:252-7
29. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*.2017; 35:96-112.
30. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al: Early palliative care for patients with metastatic nonsmall- cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-742,