



# Akut Graft Versus Host Hastalığında Hemşirelik Yönetimi

**ESRA BAYRAK**

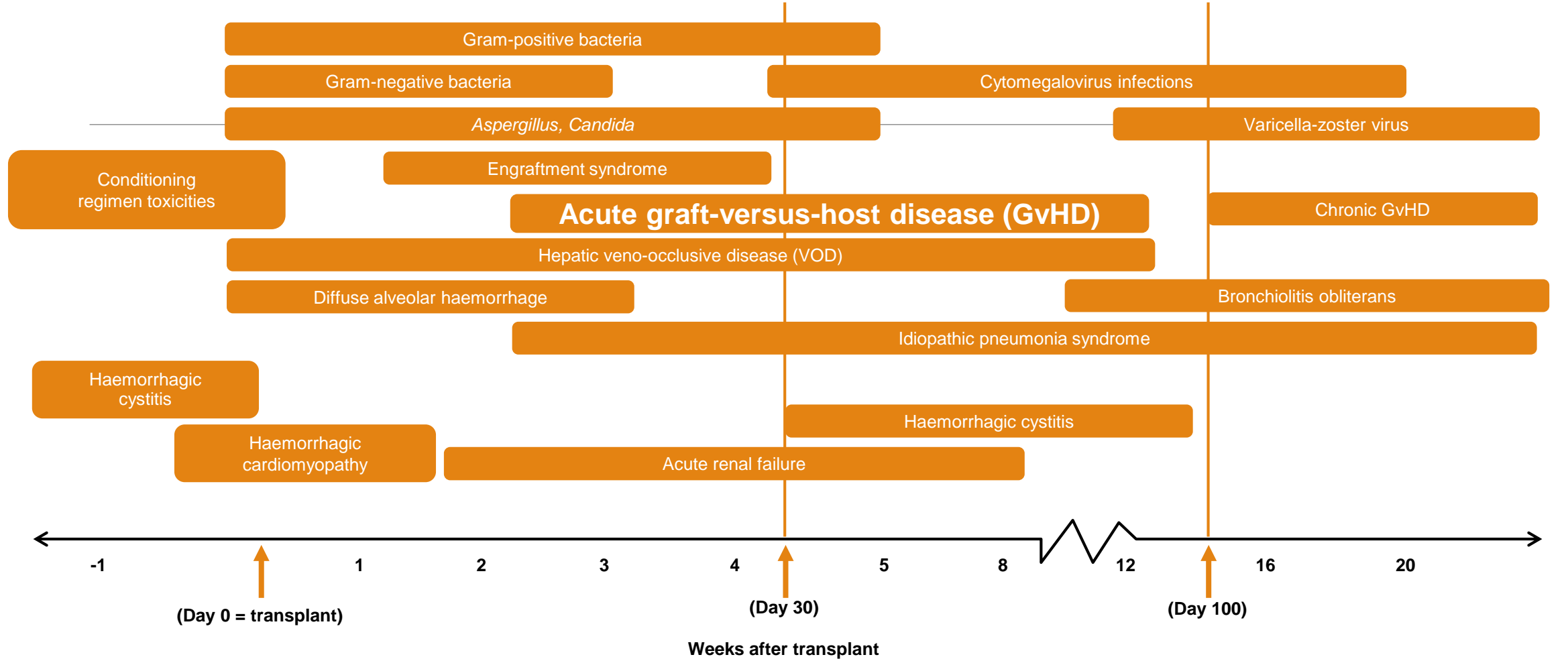
**ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ HASTANESİ  
KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON HEMŞİRESİ**



# İÇERİK

- GVHD nedir?
- Sınıflandırma
- Tanı
- Değerlendirme ve Yönetimi
- Hemşirelik Bakımı

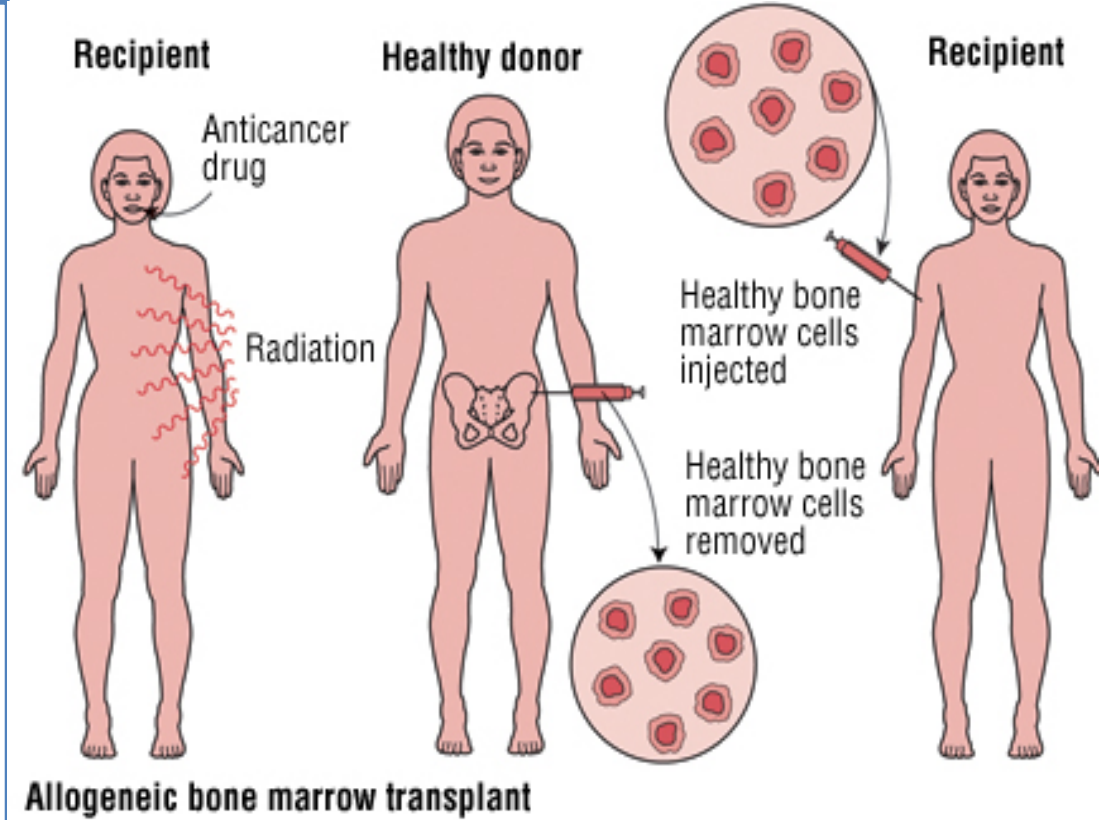
# GVHD?



Chronology of haematopoietic stem cell transplant complications

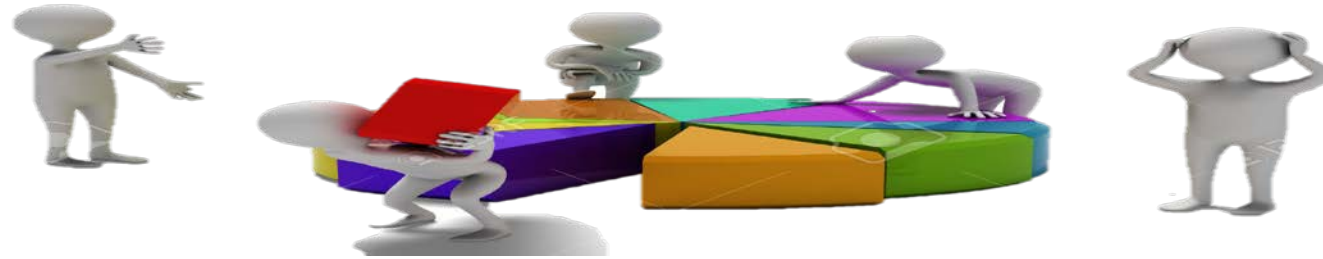
# GVHD NEDİR?

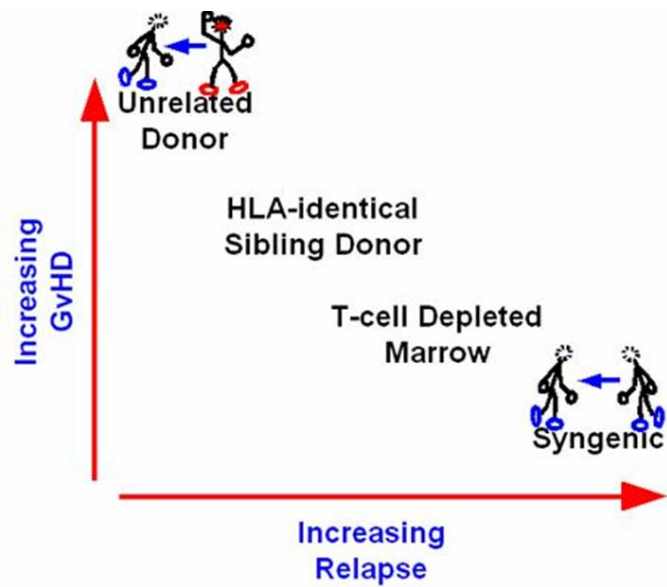
GVHD, vericiden alınarak hastaya kök hücrelerle birlikte nakledilen sağlıklı T lenfositlerin alıcıdaki(hasta) organ ve dokuları yabancı olarak algılaması sonucu reaksiyon gösteren, klinik bulguları kapsayan bir sendromdur. Donör lenfosit infüzyonu işlemi ile de gelişebilmektedir.



# İNSİDANS

- ✓ Tam uyumlu nakillerin %35-45' i ve yarı uyumlu nakillerin % 60-80'i etkilenmektedir.
- ✓ GVHD gelişen hastalarda ölüm oranı yaklaşık %20 civarında olmakla birlikte evre 3 ve 4 gibi ileri klinik evrelerde bu oran % 80-90'ı bulabilmektedir.
- ✓ Donör Lenfosit İnfüzyonu alıcılarının yaklaşık% 40'ını etkiler, ancak artan hücre dozu ile insidans artar.
- ✓ Vakaların yaklaşık >%80 'ini Cilt GVHD , %50'sini GİS GVHD ve % 50'sini Karaciğer GVHD oluşturur.
- ✓ 5 yıllık sağkalım oranı; grade III %25, grade IV %5'dir.

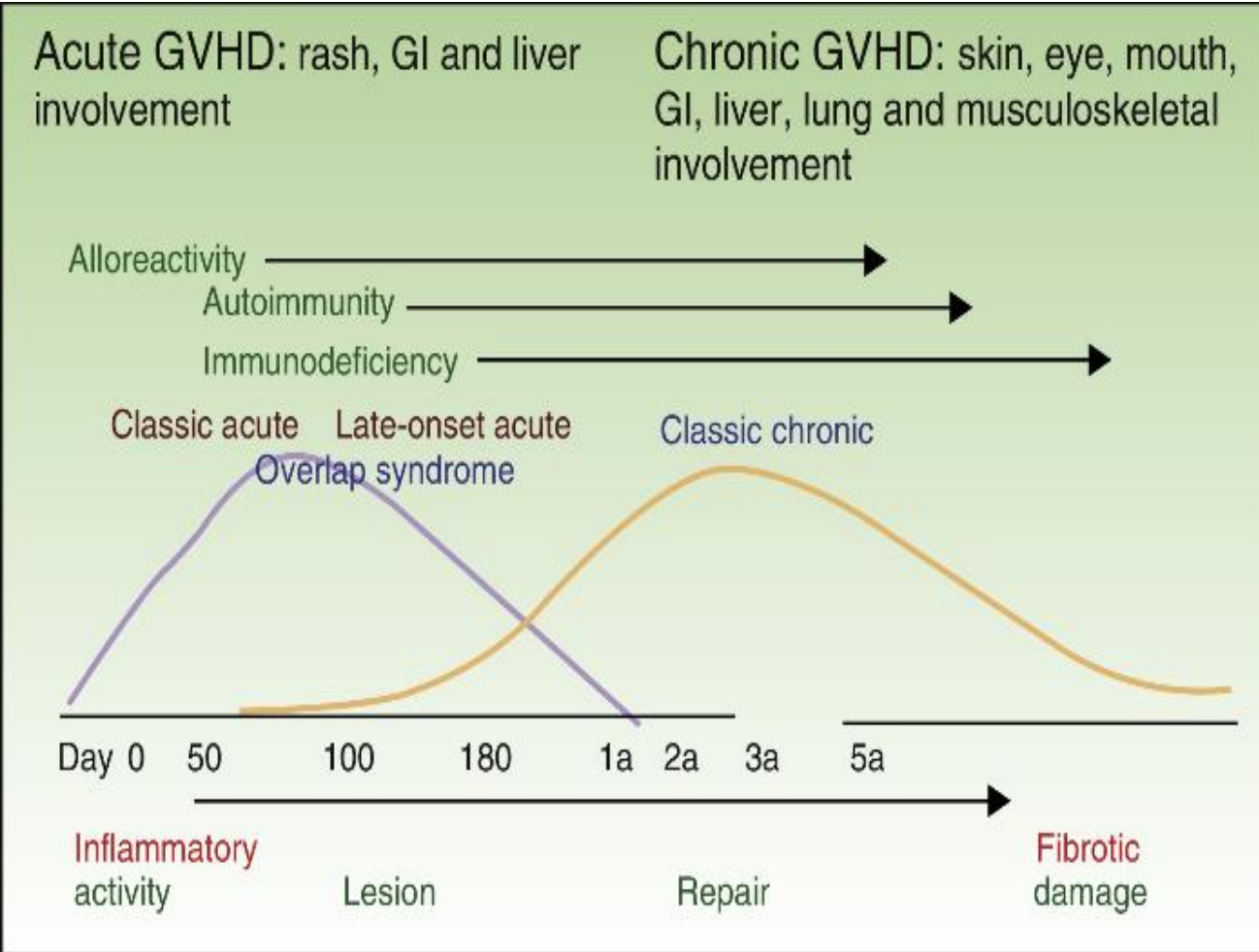




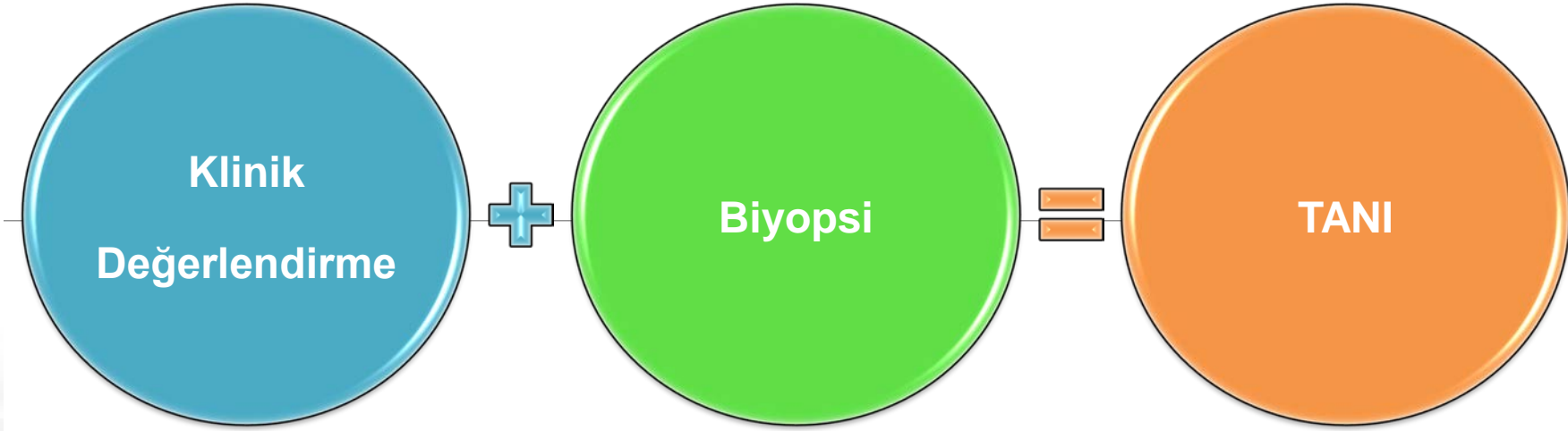
- Donör ve hasta arasındaki HLA farklılığı (HLA uyumsuzluğu, akrabadışı donör)
- Cinsiyet Uyumsuzluğu (Erkek alıcı, multipar kadın donör)
- İleri yaş
- Hazırlama rejiminin yoğunluğu, kullanılan profilaktik rejim
- Kök hücre kaynağı (Periferik kan> Kemik iliği> Kordon kanı) ve kök hücre dozu
- Graftta T lenfosit sayısı fazlalığı (T hücre depleasyonu)



# SINIFLANDIRMA



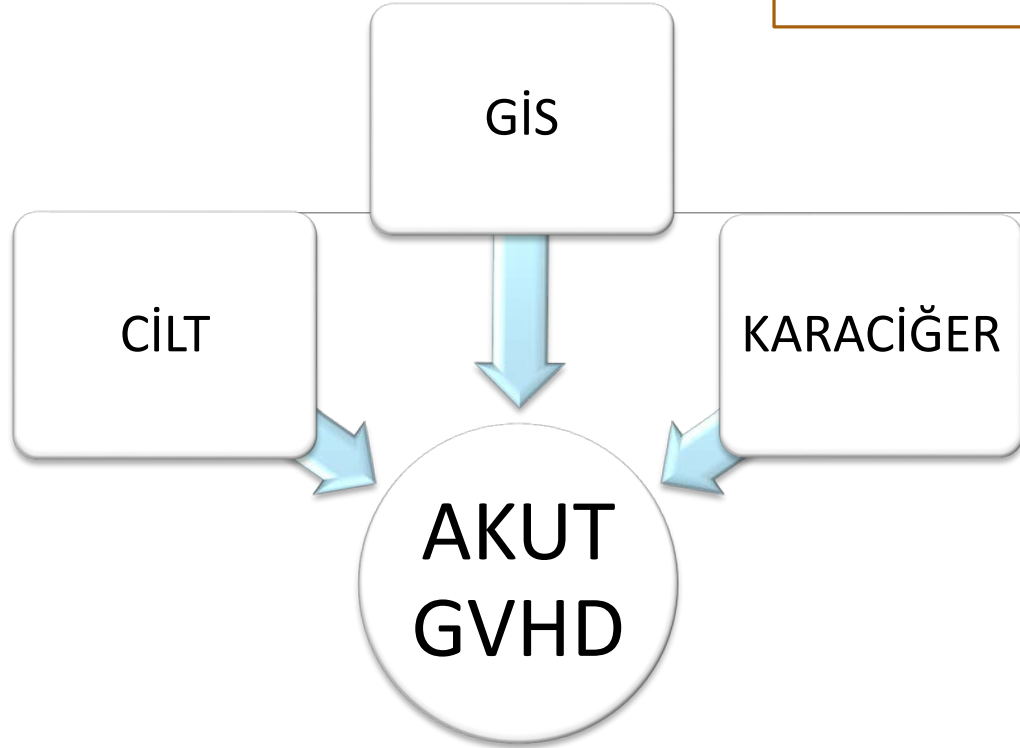
	Zaman	aGVHD	kGVHD
Klasik aGVHD	< 100 gün	Var	Yok
Persistan(Dirençli) Rekürren(Tekrarlayıcı) Late-onset(Geç başlangıçlı)	> 100 gün	Var	Yok
Klasik cGVHD	Zaman sınırı yok	Yok	Var
Overlap Sendromu	Zaman sınırı yok	Var	Var





# AKUT GVHD?

+2.-4. Hafta



# CİLT GVHD

Döküntü; yüz, boyun, omuzlar, kulaklar, avuç içi ve ayak tabanlarında eritem şeklinde

En sık tutulan sistem

Kaşıntı ve Ağrı

Kızarıklık ve Makülopapüler döküntü

Hiper veya hipopigmentasyon

Ağır vakalarda tüm vücutta döküntü, yaygın eritem, yaş deskümasyon ve bül oluşumu



# CİLT GVHD





# CİLT GVHD



# GİS GVHD

**Cilt GVHD'den birkaç hafta sonra, bulantı- kusma, iştahsızlık ve hafif derecede diyare**

**Diyare; yeşil sulu, mukozal içerik, mukus, protein miktarı fazla.  
Plazma proteininde azalma**

**Yetişkin hastalarda 500-1500 ml/gün  
Pediatrik hastalarda 10-20 ml/kg/gün v >30 ml/kg/gün**

**Abdominal kramp, ağrı, ileus diyareye eşlik edebilir.  
Dışkı miktarında artmaya bağlı dehidratasyon bulguları izlenir**

**Barsak mukozasında deskumasyon olduğu için kanama riski yüksektir ve melena görülebilir**



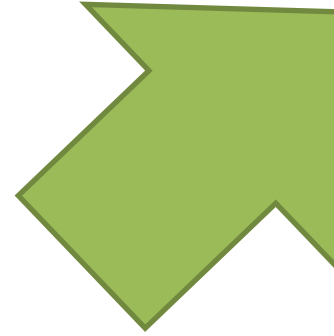
# GİS GVHD



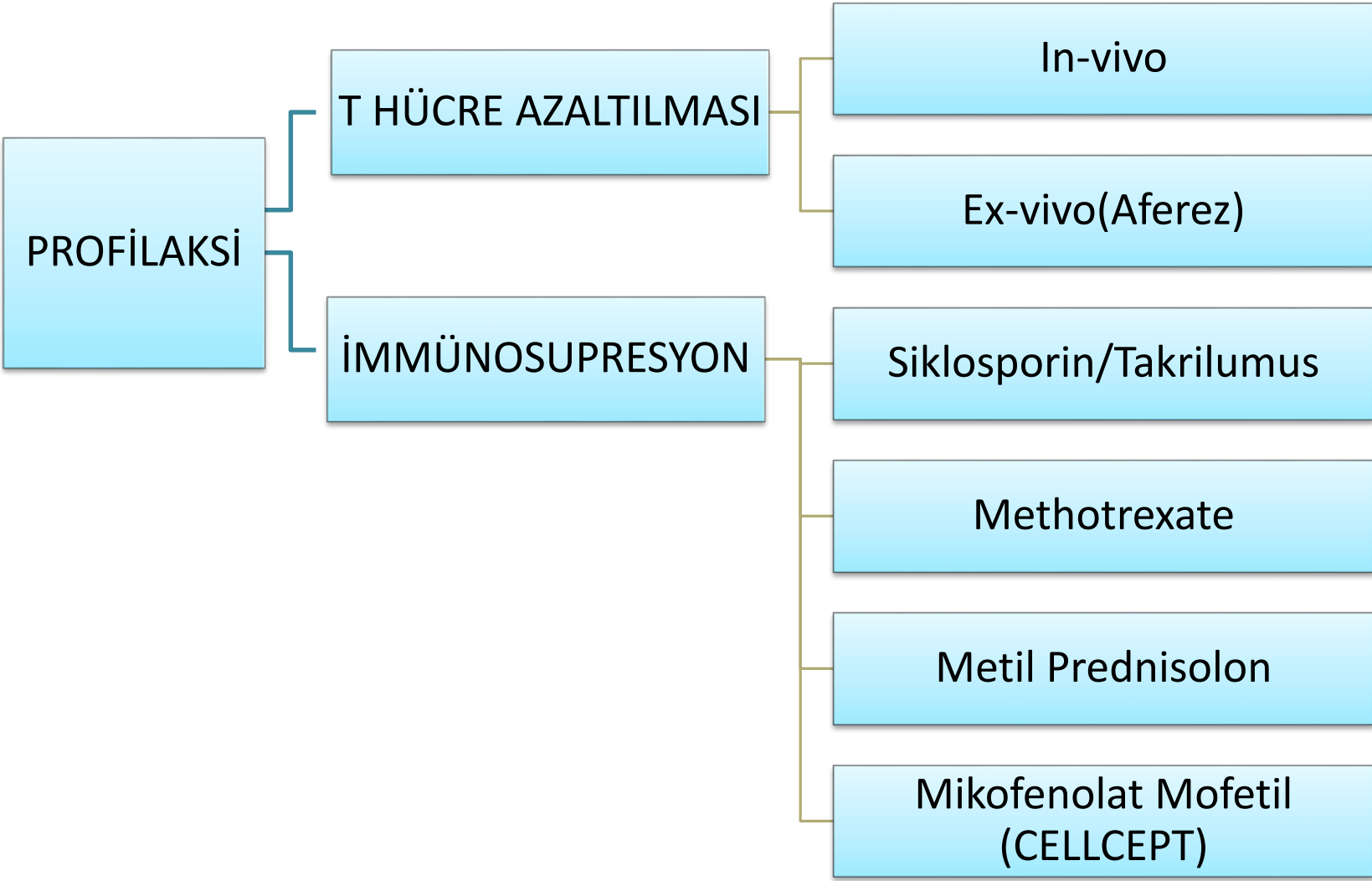


# KARACİĞER GVHD

- Karaciğer fonksiyon testlerinde ve bilirübinde artma ve kanama eğilimi
- Sağ üst kadranda ağrı
- Hepatomegali
- İleri derece vakalarda kolestatik sarılık



Ayırıcı tanı  
VOD ??  
İLAÇ TOKSİSİTESİ ?  
VİRAL  
ENFEKSİYONLAR?  
SEPSİS ?  
AŞIRI DEMİR YÜKÜ ?



# EVRELEME

EVRE	CİLT (Vücut Yüzeyi)	KARACİĞER (Total Bilirübin mg/dl)	BARSAK (Diyare ml/gün)
0	Döküntü yok	<2	<500
1	<%25	2-3	501-1000
2	%25-%50	3.1-6	1001-1500
3	>%50	6.1-15	>1500
4	Yara/Bül oluşumu	>15	Ciddi abdominal ağrı+/-ileus

# GENEL DERECELENDİRME

DERECE	DERİ	KARACİĞER	BARSAK
0	Yok	Yok	Yok
1	Evre 1-2	Yok	Yok
2	Evre 3, Veya	Evre 1, Veya	Evre 1
3	-----	Evre 2, 3 Veya	Evre 2, 4
4	Evre 4, Veya	Evre 4	---

# TEDAVİ



## YÖNETİMİ

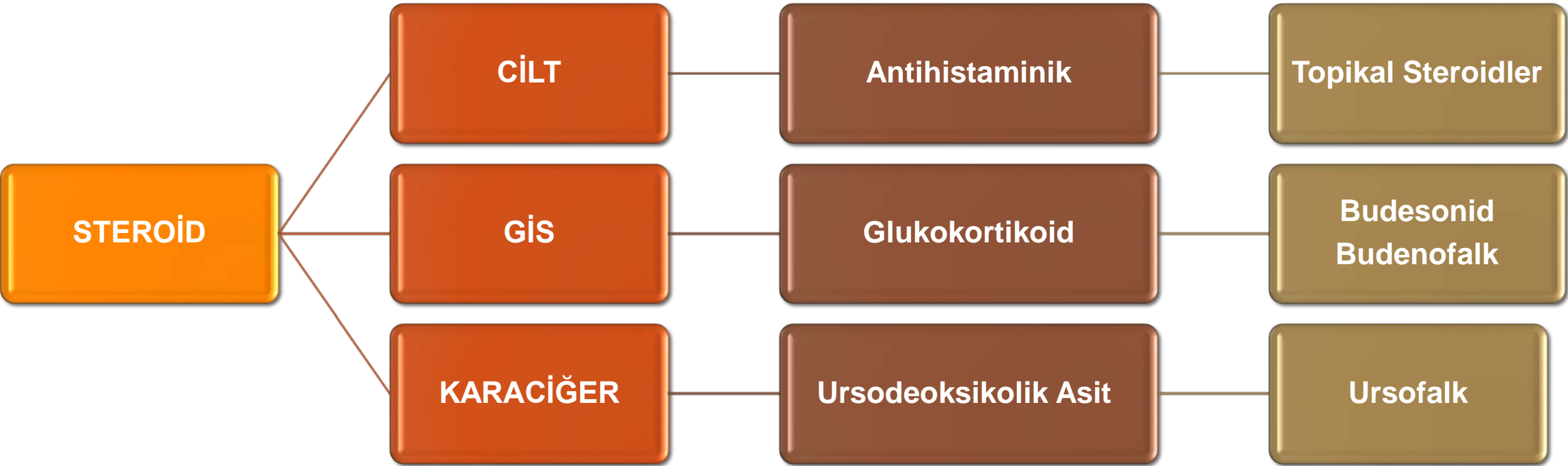
**İmmünosupresif tedavi**

**Cilt bütünlüğünün bozulmasını engelleme**

**Beslenme desteğinin sağlanması**

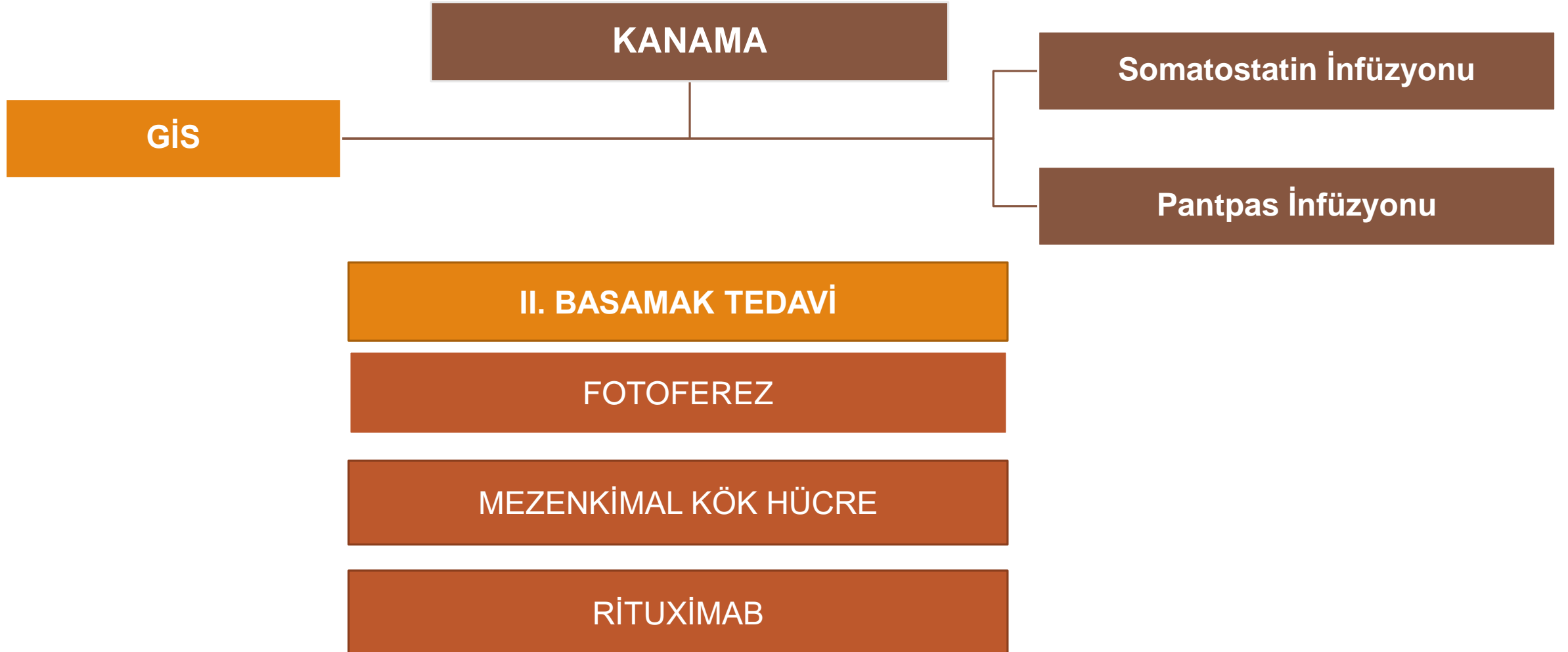
**Antibiyoterapi ile infeksiyon profilaksisi**

# TEDAVİ





# TEDAVİ





## GVHD OLMALI MI?



- GVHD gelişen hastalarda relaps oranları daha düşük,
- GVHD'ye neden olan aynı hücreler, bazı tümör etkileri sebebiyle koruma,
- GVHD'nin kendisinden kaynaklanan yüksek morbidite ve mortalite,

# HEMŞİRELİK BAKIMI

- Erken tanımlama
- İmmünsüpresif ilaçların yan etkileri
- Organ ve sistem hasarları sonucu oluşan rahatsızlıkları azaltmaya yönelik bakım
- Yaşam kalitesini arttırma
- Düzenlenen tedavinin uygulanması

# AKUT GVHD RİSKİ OLAN HASTA BAKIMI

## GÜNLÜK MUAYENE

- Her shift hastanın avuç içi, göğsü, sırtı, ayak tabanı kızarıklık ve döküntü yönünden izlenir.
- Hastalara günlük duş aldırılır
- Cildi kuru olan hastaların duş sonrası nemlendirici krem uygulaması sağlanır
- Pamuklu giysi, yatak örtüsü ve havalı yatak kullanılmalı
- Oda ısısının düzenlenmesi (18-22 derece)
- Diyaresi olan hastanın diyare içeriğinin gözlenmesi (renk, sıklık, miktar, içerik, kıvam)

Allojenik, Akrabadişi  
Haploidentik nakil olan  
her hasta risk grubu  
içinde yer alır!!!!



# AKUT GVHD RİSKİ OLAN HASTA BAKIMI

## GÜNLÜK MUAYENE

- Kişisel hijyen kurallarına uyumun takibi( El, ağız, vücut hijyeni)
- Aldığı-çıkardığı ve kilo takibi, her sabah bel çevresi ölçümü
- Oral alımın desteklenmesi
- Bulantı-kusmayı azaltma yaklaşımları ve antiemetiklerin uygun şekilde uygulanması
- Kan değerleri ve karaciğer fonksiyon testlerinin takibi

Allojenik,Akrabadışı  
Haploidentik nakil olan  
her hasta risk grubu  
içinde yer alır!!!!



# AKUT GVHD GELİŞEN HASTA BAKIMI

## CİLT BAKIMI

- Kaşıntıya yönelik lokal ve sistemik antihistaminik uygulanması
- İrritan olmayan ve parfüm içermeyen sabunlar kullanılmalı
- Artan lezyonlar ve bül oluşumunda yara ve yanık bakımında kullanılan kremlerin kullanılması ( Silverdine, dermovate, bactgrass)
- Cilt bulgularının özellik ve yaygınlığının takibinin ve kaydının yapılması





# AKUT GVHD GELİŞEN HASTA BAKIMI

## CİLT BAKIMI

- Cildi sıkmayan kıyafetlerin giyilmesi,
- Ödem oluşumunu engelleme,
- Hareket kısıtlılığı olan hastalarda 2 saatte bir pozisyon değişimi
- Gözlerde kaşıntı ve kuruluk tarifleyen hastalarda hekim istemine göre göz damlalarının uygulanması( Refresh, Onadron, Tobrased, FML)
- Testislerinde ödem ve kızarıklık olan hastaya %2 eau de borique ile pansuman ve steroidli krem uygulanması



# AKUT GVHD GELİŞEN HASTA BAKIMI

## GİS BAKIMI

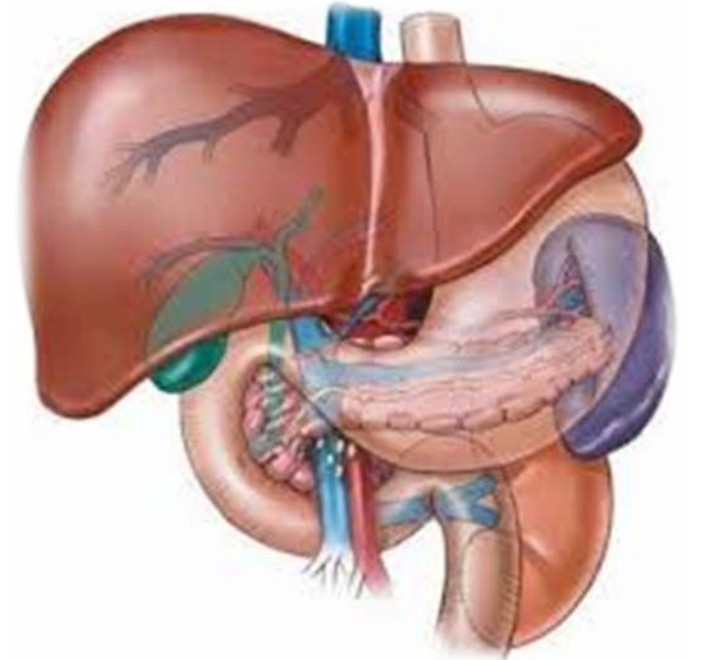
- Gaita miktarı; içerik, sıklık, ve kıvam yönünden değerlendirilmeli
- Hemoroidi olan yada sık sık diyareye bağlı anal bölgede hassasiyet tarifleyen hastalarda oturma banyosu ve anal bakım kremlerinin kullanımının sağlanması
- Oral alımın azalması ya da diyare miktarının artmasına bağlı olarak hastanın AÇ bırakılması, parenteral desteğin başlaması
- Parenteral beslenmeye bağlı gelişebilecek komplikasyonların takibi
- (Dehidratasyon,sıvı-elektrolit dengesizliği...)
- Kanama takibinin yapılması,kan ürünü desteği



# AKUT GVHD GELİŞEN HASTA BAKIMI

## KARACİĞER BAKIMI

- Karaciğer fonksiyon testleri değişiklikler yönünden yakın izlenmeli
- Hepatotoksik ilaçların kullanımına dikkat edilmeli (Perfalgan)
- Bilürubin değerleri yüksek olan hastaların tedavilerinin 50 cc %5 dextroz içine hazırlanması
- Kaşıntı kontrolünde sistemik ve lokal antihistaminik uygulanması
- Ağrı,iktere ve kaşıntıya yönelik yakın izlem ve bakım uygulamaları
- Karaciğer biyopsisi ile ilgili eğitim

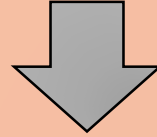


# DİKKAT

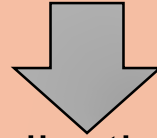
Yüksek doz steroid kullanımına bağlı



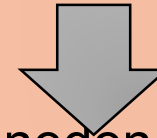
Hastalara kontrol kan şekeri takibi başlanmalı



Steroid kullanımına bağlı deride incelme olacağından cildi kanama riski açısından takip



Steroid alan hastaların diyetini tuzsuz olarak değiştirme



Yüksek doz steroid kaslarda atrofiye neden olacağından yatak içi egzersiz veya oda içinde yürüyüş

## Nursing Skin Care

- Roel Weijer spoke at EBMT workshop 2009 on skin care
- Use oil based creams and lotions
- Hydrate first or moisturise no consensus
- High SPF and cover up when outside
- Massage or exercises suggested but not widely used



# OLGU SUNUMU

- 27 Yaş, Bayan hasta,Türkiye
- AML, Kız kardeş Allo Nakil,Periferik Kan
- Hazırlık Rejimi:Busulfan Endoxan
- Kök Hücre Nakli: 0.Gün
- +2 Nötropenide,Kültür+Antibiyoterapi
- +3,+4 Endoxan
- +25 Taburcu
- Kimerizm %95





# OLGU SUNUMU

- +32:Hipertermi+Tüm vücut Maküllo papüler döküntü+kaşıntı, bazı bölgelerde bül oluşumu, **Grade IV Cilt GVHD**
- Steroid Tedavisi+Semptomatik Tedavi
- Hemşirelik Bakımı: Yanık Bakımı
- +66 Taburcu
- Fotoferez
- 13. Seans Yer yer Grade I Cilt GVHD
- 16 Seans Fotoferez: **Cilt GVHD (-)**





# REFERANSLAR

1. Neumann J. Nursing challenges caring for bone marrow transplantation patients with graft versus host disease. Hematol Oncol Stem Cell Ther 2017;6:1-2
2. Nassereddine S, Rafei H, Elbahesh E, Tabbara İ. Acute Graft Versus Host Disease: A Comprehensive Review. Anticancer Research 37: 1547-1555 (2017).doi:10.21873/anticanres.11483
3. Funke VAM, Moreira MCR, Vigorito AC. Acute and chronic Graft-versus-host disease after hematopoietic stem cell transplantation. Anais do XX Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea | Rev. Assoc. Med. Bra. 2016; 62 (suppl. 1):44-50
4. Günenç D, Oytun M.G, Saydam G. Hematopoetik kök hücre nakli komplikasyonları. FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi 2016;1(2):92-96. doi: 10.5606/fng.transplantasyon.2016.016
5. Kızıltepe M. Allojenik Kök Hücre Nakli Yapılan Hastalarda Nakil Sonrası Görülen Karaciğer Fonksiyon Testi Bozukluklarının Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2015.
6. Ruutu T, Gratwohl A , Witte T, Afanasyev B, Apperley J, Bacigalupo A. Prophylaxis and treatment of GVHD: EBMT–ELN working group recommendations for a standardized practice. Bone Marrow Transplantation 2014; 49: 168–173.
7. J Apperley .Acute Graft versus Host Disease. 18th ESH-EBMT Training Course Vienna May 8-10 2014.

8. Dignan FL, Clark A, Amrolia P, Cornish J, Jackson G. Mahendra P. Diagnosis and management of acute graft-versus-host disease.Br J Haematol 2012;158:30–45.
9. Çölgeçen E , Ferahbaş A.Kutanöz Graft-Versus-Host Hastalığı Cutaneous Graft-Versus-Host Disease. Turk J Dermatol 2011; 5: 92-100
10. Vigorito AC, Campregher PV, Storer BE, Carpenter PA, Moravec CK and Kiem HP. Evaluation of NIH consensus criteria for classification of late acute and chronic GVHD. Blood.2009; 114(3):702-708
11. Deeg HJ. How I treat refractory acute GVHD. Blood, 2007; 109(10):4119-4126
12. Jacobsohn DA, Vogelsang GB. Acute graft versus host disease. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007;2(35):1-9.
13. Adapted from Saria MG et al. Clin J Oncol Nurs 2007;11:53–63
14. Çalışır H, Güneş Z.Akut Graft Versus Host Hastalığı Olan Çocuklarda Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(1) : 135-144, 2005
15. John Murray.Nursing Management of Graft versus host disease. Nurse Clinician BMT.
16. <https://www.ebmt.org/Contents/Resources/Library/Slidebank/Documents/EBMT%202011%20SC%20Slide%20Bank/N1235%20Murray.pdf>