

BÖLÜM 35

ONKOLOJİK ACİLLER

Yusuf KARAKAŞ¹

Ortalama yaşam süresinin artması ve çevresel faktörler nedeniyle kanser insidansı artma eğilimindedir. Kanser tedavisindeki gelişmeler ve yeni tedavi algoritmalarıyla da hastaların sağ kalım süreleri uzamıştır. Böylelikle kanser hastaları, acil servisler dahil tüm klinik branşlarda sıkça görülen hasta grubu haline gelmiştir. Kanser hastalarında, tanı aldığında, progrese olduğunda veya uygulanan tedaviye bağlı gelişebilen, erken tanı konup, tedavi edilmediği takdirde ölümcül ola-

bilen komplikasyonlar onkolojik aciller olarak tanımlanmıştır ve tüm hekimlerin bu klinik durumun farkında olması beklenmektedir.

Temel olarak onkolojik aciller Tablo 1’de özetlendiği gibi 3 gruba ayrılır.

Tablo 1’deki klinik durumların çoğu, genel tıp uygulamasında karşılaşılan ve başarıyla yönetilen sorunlardır. Bu bölümümüzde daha çok kanser hastalarına özgü, hızlı ve doğru karar vermenin hastanın mortalitesini ve

Tablo 1. Onkolojik aciller

Yapısal Onkolojik Aciller	Metabolik Onkolojik Aciller	Tedaviye Bağlı Onkolojik Aciller
Superior Vena Kava sendromu	Hiperkalsemi	Febril Nötropeni
Kalp tamponadı	Uygunsuz ADH sendromu	Tümör lizis sendromu
Pulmoner hemaraji veya emboli	Hipoglisemi	Trombositopeni
Obstrüktif üropati	Adrenal yetmezlik	Tedaviye bağlı kalp yetmezliği
Perforasyon		Kemoterapi ekstrevasyonu
Kanama		Akut böbrek yetmezliği
Spinal kord basısı		
Artmış kafa içi basıncı		

¹ Doç. Dr., Acıbadem Bodrum Hastanesi, dryusufkarakas@yahoo.com



edilmeleri gerekir, kan kültürlerinde patojen bakteri üremesi olduğunda buna uygun antibiyotik tedavisi yeterli sürede verilmesi gerekir. Ancak hastalarda yeni semptom veya bulgu geliştiğinde, 72 saatten sonra refrakter ateşi varsa daha fazla oral tedavi vermemek, IV tedaviye geçmek gerekir.

MASCC skoru 21'den düşük ve yüksek riskli olarak değerlendirilen hastalar; hastaneye yatırılmalı potansiyel enfeksiyon kaynağı araştırılmalıdır. Ancak her ne olursa olsun, hastanın kliniğe başvurusundan kültürleri alınıp IV antibiyotik verilmesine kadar geçen süre 1 saati geçmemelidir. Antibiyotik tedavisindeki gecikme mortalite artışı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Hastalara özellikle geniş spektrumlu, anti-pseudomonal aktivitesi olan piperasilin-tazobaktam, sefepim (4.kuşak sefalosporin), seftazidim (3. Kuşak sefalosporin), anti-pseudomonal karbapenem (imipenem, meropenem) antibiyotiklerinden biri tercih edilmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken karbapenem grubu antibiyotiklerin çok daha geniş anti-anaerobik etkinliği içerdiğinden, genişlemiş spektrumlu beta laktamaz üreten E.coli enfeksiyonlarına saklanması gerektiğinin bilinmesidir. Bu nedenle imipenem veya meropenem rutinde değil de sepsis ile başvuran nötropenik ateşli hastalarda kullanılması daha uygun olacaktır. Hastaların günlük vital bulgularının takibi çok önemlidir ve hemodinamik bozulma veya sepsisin diğer belirtileri ortaya çıktığında yeni kültürlerin alınıp görüntülemeler yapılması ve tedaviye dirençli gram (-) bakterilerle gram (+) ve mantar enfeksiyonlarını içerecek şekilde antibiyotik tedavisinin genişletilmesi önerilir. Kateteri olan hastalarda gram (+) bakteri enfeksiyon riski yüksektir. Bununla birlikte hemodinamisi stabil olan ancak 72 saat sonunda halen ateşi devam eden hastalara, sadece ateş yüksekliği nedeniyle tedavisinin genişletilmesi önerilmez. Ateş etiolojisini açıklamak için yeni tetkikler yapılabilir. Tüm nötropenik

hastalarda tedavi mutlak nötrofil sayısı 500 hücre/mm³ üstüne ve en az 48 saat ateşsiz geçirene kadar devam edilmelidir. Özellikle hematolojik malignansisi olan ve 7 günden fazla nötropenisi devam eden hastalarda invazif fungal enfeksiyon açısından sinüsler, akciğer ve batının tomografi ile taranması, kan testlerine fungal belirteçler olan galaktomannan ve 1,3-β-D-glukan bakılmalıdır.

Antibiyotik tedavisine, myeloid büyüme faktörünün (MBF) tüm hastalara eklenmesi tartışmalı bir konudur. Yapılan meta-analizlerde antibiyotiğe MBF eklenmesiyle IV antibiyotik kullanım süresi ve hastanede kalış süresi azalmasına rağmen sağ kalım üzerine olumlu etkisi gösterilememiştir. Günümüzde kabul gören görüş risk faktörü olan yani, mutlak nötrofil sayısı <100 hücre/mm³, pnömonisi veya fungal enfeksiyonu olan, daha önce febril nötropeni geçirmiş veya sepsis bulguları gösteren hastalara antibiyotik tedavisine MBF eklenmesi yönündedir.

KAYNAKLAR

1. Lepper PM, Ott SR, Hoppe H, et al. Superior vena cava syndrome in thoracic malignancy, *Respir care* 2011; 56:653-666
2. DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg (Editors), DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology, 10 th edition 2014
3. Hu MI, Glezerman IG, Leboulloux S, et al. Denosumab for treatment for hypercalcemia of malignancy. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99:3144-3152
4. Stewart AF, Clinical practice. Hypercalcemia associated with cancer. *N Engl J Med* 2005;352:373-379
5. Howard SC, Jones DP, Pui CH. The tumor lysis syndrome. *N Engl J Med* 2011; 364:1844-1854
6. Loblaw DA, Mitera G, Ford M, Laperriere NJ. A 2011 updated systematic review and clinical practice guideline for the management of malignant extradural spinal cord compression. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012;84:312-317
7. Andrea J. Zimmer, Alison G, Freifeld optimal management of neutropenic fever in patients with cancer *J Oncol Pract* 15:19-24 2019 doi.org/10.1200/JOP.18.00269
8. Austin J Lucas, Jacqueline L. Olin, Megan D Coleman Management and preventive measures for febrile neutropenia P&T April 2018, Vol43 No:4, 228-232