

Bölüm 6

SEPSİS

Uzm. Dr. Tolga DOĞAN

Vaka

61 yaşında KLL tanılı erkek hasta allojenik kök hücre nakli sonrası 30.günde acile ateş yüksekliği, nefes darlığı, güçsüzlük, sağ üst kadranda ağrısı ve genel durum bozukluğu ile müracaat etti. Hasta siklosporin, flukonazol, asiklovir, bactrim ve lansoprazol kullanmaktaydı.

Hastaya KLL tanısı 3 yıl önce konulmuş olup 17p delesyon negatif olması nedeni ile 6 kür R-FC (Rituksimab,fludarabin,siklofosfamid) almış. Tedavi sonrası 24 ay içerisinde nüks nedeni ile 2.hat tedavi Rituksimab-Bendamustin 4 kür tedavi verilmiş. Parsiyel yanıt gözlenen hastaya iburutinip tedavisi verilmiş olup tam uyumlu kızkardeşinden R-FC hazırlama rejimiyle periferik kaynaklı kök hücre nakli yapılmış. +10. Gününde nötrofil, +14 gününde trombosit iyileşmesi olan hasta siklosporin tedavisi ile taburcu edilmiş.

Hastanın fizik muayenesinde şuuru letarjik, kan basıncı 65/45 mm hg. Nabız:110/dk, solunum sayısı 28/dk, ateş:38.9 derece. Glasgow koma skalası:11 Akciğerlerde dinlemekle yaygın ralileri mevcuttu. Batın serbestti ama hepatomegalisi vardı. Barsak sesleri normoaktifti. Cilt ve konjonktivalar soluktu. Laboratuvar tetkiklerinde wbc:14.5 *10³ /mL (%90 nötrofil) hgb:9.5 g/dl, plt.163000/ µL. CRP:85(0-5) Protrombin zamanı 25 sn,INR 1.92, aPTZ:35 sn, D-dimer:4.0 µg/mL, Fibrinojen:234 mg(234-446). Serum K 5.8 mEq/l, BUN:96 mg/dl, kreatinin:1.8 mg/

sit replasmanı yapılmalıdır. Sepsisli hastaların anemi tedavisinde eritropoetin önerilmez. Belirgin bir kanama yoksa trombosit seviyesi 10.000/mm³ kanama riski varsa 20.000/mm³ üzerinde olacak şekilde profilaktik trombosit tedavisi önerilir. Aktif kanama, cerrahi ve invaziv işlem gereksinimlerinde daha yüksek trombosit seviyeleri hedeflenmelidir. ($\geq 50.000/mm^3$)

E.Diğer Tedavi Prensipleri

GIS kanaması riski olanlara ülser profilaksisi(PPI veya H2 reseptör antagonisti) verilmesi önerilir. İV immunoglobulinleri ve antitrombin kullanımı önerilmez. Trombomodulin veya heparin kullanılmasıyla ilgili öneri yoktur. Ardışık iki ölçümde glukoz düzeyi >180 mg/dl ise insülin infüzyonu başlanmalı, ve kan glukoz düzeyi her 1-2 saatte bir, sonrasında her 4 saatte bir ölçülmeli. Bikarbonat tedavisi pH değeri 7.15'in üzerinde olan hipoperfüzyona bağlı laktik asidemisi olanlarda önerilmez. Venöz tromboembolizme karşı öncelikle DMAH veya unfraksiyone heparin için kontrendikasyon yoksa önerilir.

Kaynaklar

1. Cohen et al. How I manage haematology patients with septic shock. British Journal of Haematology 2011;152, 380–391
2. Howell MD et al. Management of Sepsis and Septic Shock. JAMA 2017;317:847
3. Olaf et al. Management of sepsis in neutropenic patients.2014 updated guidelines from (AGIHO) Ann Hematol 2014; 93: 1083–1095
4. Rhodes A et al. Surviving Sepsis Campaign:International Guidelines For Managemant of Sepsis and Septic Shock:2016 Intensive Care Med 2017; 43:304
5. Singer M et al. The Third International Consensus for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb;315(8):801-10