



ONKOLOJİ HASTALARINDA SEPSİS VE SEPTİK ŞOK YÖNETİMİ

Tunga BARÇIN¹

GİRİŞ

Erişkin dönemde solid tümörler hematolojik malignitelerden daha sık görülmektedir. Solid tümörlerin büyük çoğunluğunu meme, akciğer, prostat, kolorektal ve mesane kanseri oluşturmakta iken lösemiler malignitelerin sadece % 4'ünü oluşturmaktadır (2). Kanser hastalarında görülen en sık komplikasyon enfeksiyonlar olup altta yatan malignitenin türü ve tedavi modalitelerine göre farklılık göstermektedir. Solid tümörlerin daha sık görülmesine rağmen bugüne kadar malignite ile ilişkili enfeksiyonlar ile ilgili daha fazla çalışma hematolojik maligniteler alanında yapılmıştır (3,4). Bu durumun en olası nedenleri solid tümörlü hastalarda ciddi immünsüpresyon olmaması ve nötropeni süresinin çok uzun olmamasıdır.

MALİGNİTELERDE ENFEKSİYON RİSKİNİ ARTTIRAN DURUMLAR

Solid tümörlere bağlı hastalarda ciddi immünsüpresyon meydana gelmese de enfeksiyon riskini arttıran çeşitli faktörler vardır. Bu faktörler normal anatomik bariyerler olan cilt ve mukozaların hasarlanması, cerrahi müdahaleler, kemoterapi, radyasyon, santral sinir sisteminin disfonksiyonu, malnütrisyon, medikal

¹ Uzm. Dr., Mersin Hastaneler Birliği Başkanı, tungabarcin78@gmail.com

SONUÇ

Sonuç olarak, solid organ tümörü olan ve/veya kemoterapi alan hastalarda gelişen immünsüpresyon sepsis ve septik şoka gibi hayatı tehdit eden klinik tablolara neden olabilir. Çoğunlukla nötropenik seyreden bu tablo hızlı ilerleyici olabilir ve immünkompetan hastalarda daha geniş spektrumlu bir tedavi yaklaşımına ihtiyaç duyulur.

Uluslararası rehberler sepsis ve septik şok hastalarına yaklaşımda yol gösterici olmasına karşın onkoloji hastalarına kanıta dayalı akılcı bir yaklaşım için kendi ülkemiz epidemiyolojik verileri de göz önüne alınarak hazırlanmış bir rehber bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Rebecca L, Kimberly D Miller, Ahmedin Jemal. Cancer statistics, 2018. *Ca Cancer J Clin* 2018;68;7-30.
2. Kenneth V.I. Rolston. Infections in Cancer Patients with Solid Tumors: A review. *Infect Dis Ther* (2017) 6:69-83.
3. Chizuka A, Suda M, Schibata T, et al. Difference between hematological malignancy and solid tumor research articles published in four medical journals. *Leukemia*. 2006;20:1655-7.
4. Avritscher EB, Cooksly CD, Rolston KV et al. Serious postoperative infections following resection of common solid tumors: outcomes, costs, and impact of hospital surgical volume. *Support Care Cancer*. 2014;22:527-35.
5. Guidol C, Aguado JM, Carratala J. Bloodstream infections in patients with solid tumors. *Virulence*. 2016;7:298-308.
6. LeDoux D, Astiz ME, Carpati CM, et al: Effects of perfusion pressure on tissue perfusion in septic shock. *Crit Care Med* 2000;28:2729-2732.
7. Casserly B, Philips GS, Schorr C, et al: Lactate measurements in sepsis-induced tissue hypoperfusion: results from the Surviving Sepsis Campaign database. *Crit Care Med* 2015;43:467-573.
8. Z adroga R, Williams DN, Gottschall R, et al: Comparison of 2 blood culture media shows significant differences in bacterial recovery for patients on antimicrobial therapy. *Clin Infect Dis* 2013;56:790-797.
9. Kumar A, Roberts D, Wood KE et al (2006) Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med* 34(6):1589-1596.
10. (Ferrer R, Martin-Loeches I, Phillips G et al (2014) Empiric antibiotic treatment reduces mortality in severe sepsis and septic shock from the first hour: results from a guideline-based performance improvement program. *Crit Care Med* 42(8):1749-1755.

11. Barie PS, Hydo LJ, Shou J, Larone DH, Eachempati SR (2005) Influence of antibiotic therapy on mortality of critical surgical illness caused or complicated by infection. *Surg Infect*. 6(1):41—54.
12. Kumar A, Ellis P, Arabi Y et al (2009) Initiation of inappropriate antimicrobial therapy results in a five-fold reduction of survival in human septic shock. *Chest* 136(5):1237-1248.
13. Paul M, Shani V, Muchtar E, Kariv G, Robenshtok E, Leibovici L (2010) Systematic review and meta-analysis of the efficacy of appropriate empiric antibiotic therapy for sepsis. *Antimicrob Agents Chemother* 54(11):4851-4863.
14. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M et al (2016) Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis* 63(5):e61-e111.
15. Schuetz P, Briel M, Christ-Crain M et al (2012) Procalcitonin to guide initiation and duration of antibiotic treatment in acute respiratory infections: an individual patient data meta-analysis. *Clin Infect Dis* 55(5):651-662.
16. Soni NJ, Samson DJ, Galaydick JL et al (2013) Procalcitonin-guided antibiotic therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Med*. 8(9):530-540.
17. Jimenez MF, Marshall JC (2001) Source control in the management of sepsis. *Intensive Care Med* 27:S49-S62.
18. Finfer S, Norton R, Bellomo R, Boyce N, French J, Myburgh J (2004) The SAFE study: saline vs. albumin for fluid resuscitation in the critically ill. *Vox Sang* 87(Suppl 2):123-131.
19. De Backer D, Creteur J, Silva E, Vincent JL (2003) Effects of dopamine, norepinephrine, and epinephrine on the splanchnic circulation in septic shock: which is best? *Crit Care Med* 31(6):1659-1667.
20. Annane D, Bellissant E, Bollaert PE et al (2009) Corticosteroids in the treatment of severe sepsis and septic shock in adults: a systematic review. *JAMA* 301(22):2362-2375.
21. Brower RG, Matthay MA, Morris A et al (2000) Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 342(18):1301-1308.
22. Wiedemann HP, Wheeler AP, Bernard GR et al (2006) Comparison of two fluid-management strategies in acute lung injury. *N Engl J Med* 354(24):2564-2575.
23. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS et al (2009) Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 373(9678):1874-1882.
24. Kollef MH, Levy NT, Ahrens TS, Schaiff R, Prentice D, Sherman G (1998) The use of continuous IV sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation. *Chest* 114(2):541-548.
25. Cook DJ, Griffith LE, Walter SD et al (2001) The attributable mortality and length of intensive care unit stay of clinically important gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Crit Care* 5(6):368-375.