

# Terminal Dönem Hastaya Yaklaşım

Dr. Ahmet Demir

Acil Tıp Uzmanı

19.Acil Tıp Kış Sempozyumu- Malatya

# Tanım



- Terminal dönem, akut ve kronik hastalıklar veya doğrudan yaşa bağlı olarak, haftalar ya da aylar içinde ölümün söz konusu olduğu ve tıbbi girişimlerin bunu önleyemediği dönemdir.

# Fiziksel Şikayetler



- Ağrı
- Ağız kuruluğu
- Halsizlik (asteni)
- Bulantı-kusma
- Beslenme bozukluğu  
Anoreksi, Kaşeksi
- Konstipasyon
- Nefes darlığı
- Plevral efüzyon
- Ödem, assit
- İdrar inkontinansı
- Deliryum



- Özellikle ağrı, halsizlik, yorgunluk, bilinç değişiklikleri en başta gelen acil başvuru sebeplerindendir.

# Acil servise başvuru nedenleri



- Geniş şikayet yelpazesi
- Uzun dönem hasta olarak bakım almanın getirdiği ek sorunlar
- Dini kaygılar ve aile bireyleri tarafından hastanın eziyetine son verme gibi şefkat çabaları
- Sosyokültürel nedenler

# Acil servise başvuru nedenleri



- Hastanelerin hastalara akut problemleri gidermeye dönük ve kısa süreli tıbbi bakım imkanı sağlamaya yönelik tasarlanması
- Bu hastalara hizmet verebilecek başka bir sağlık yapılanması olmaması

...gibi nedenlerle...



- Terminal dönem hastanın tedaviden fayda görmeyeceği düşüncesi,
  - Kısıtlı olan hastane imkanlarının bu hastalar yerine diğerk hastalara kullanılmak istenmesi
- gibi faktörler neticesinde hastalar acil serviste kalmaya devam edecek



- Bu nedenle bu hasta grubunda sık karşılaşılan problemleri bu hastaların büyük çoğunluğunun malignite hastaları olduğu da düşünülürse onkolojik hasta temelinde



# Terminal dönem



- Terminal dönem tedavide  
Amaç;
- Hastanın fiziksel ve psikolojik açıdan rahatlatılması
- Kalan yaşamında yaşam kalitesinin artırılması

## Bu dönemde hastaların beklentileri



- Başta ağrı olmak üzere mevcut şikâyetlerinin giderilmesi
- Yaşam kalitesinin düzeltilmesi
- Ailesine fazla yük olmamak
- Sevdikleriyle birlikte olmak
- Kontrolü elinde tutmak



- Terminal dönemdeki bir olguda fizik muayene, klinik değerlendirme ve semptomların tedavisi diğer olgulardan farklı değildir.
- fizyolojik değişiklikler veya komorbiditeler nedeniyle bazı modifikasyonlar gerekebilir.

# Ağrı



- Terminal dönem hastalar arasındaki sıklığı değişmek ile birlikte, ilerlemiş kanser olgularında %36-90 oranında şiddetli ağrı görölmektedir.

Ağrı

```
graph TD; A[Ağrı] --> B[Nosiseptif]; A --> C[Nöropatik]; A --> D[Psikojenik]; B --> E[Somatik]; B --> F[viseral];
```

Nosiseptif

Nöropatik

Psikojenik

Somatik

viseral



- Tedavide Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün üç aşamalı yaklaşımı önerilir.
  1. Basamak : Non opioid analjezikler
  2. Basamak : Zayıf opioid analjezikler  $\pm$  non opioid analjezikler
  3. Basamak : Güçlü opioid analjezikler  $\pm$  non opioid analjezikler



| DSÖ önerisi        | Ağrı skoru         | Medikal tedavi                           |
|--------------------|--------------------|------------------------------------------|
| Hafif ağrı         | <3 (10 üzerinden)  | Parasetamol veya NSAİİ                   |
| Hafif- orta ağrı   | 3-6 (10 üzerinden) | Zayıf opioid ±<br>parasetamol veya NSAİİ |
| Orta-şiddetli ağrı | >6 (10 üzerinden)  | Güçlü opioid ±<br>parasetamol veya NSAİİ |

# Non opioid analjezikler (1.basamak)



- Etkilerini prostaglandin sentezinden sorumlu siklooksijenaz enzimini inhibe ederek gösterir
- Bağıllık ve tolerans gelişmez
- Analjezik, antipiretik, antiinflamatuvar



# Non opioid analjezikler (1.basamak)



| Etkin madde           | Kullanım form                   | Etki başlangıcı | Doz          |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------|--------------|
| Parasetamol           | Tablet, supposituar, intravenoz | 30dk            | 4x1000mg     |
| Diklofenak            | Tb, modifiye salınımlı tb, im   | 30-120 dk       | 4x50mg       |
| Ketoprofen            | Tb, modifiye salınım, ampul     | 30-45dk         | 4x75mg       |
| Naproxen              | Tb , supp                       | 30-45 dk        | 2x500mg      |
| Asetil salisilik asit | Tb                              | 15-30 dk        | 3x500-1000mg |

# Opioidler



- Analjezik etkilerini  $\mu$  (mu), kappa ve delta reseptörlerine de etkilidir
- Hem santral etki, hem de spinal kord düzeyinde etkilidir.

# Opiooidler



- Oral, subkutan, im, iv, rektal, epidural, intra tekal

## Yan etkiler

- Bulantı ,kusma , konstipasyon
- Sedasyon ve uyku
- İdrar retansiyonu
- Tolerans
- Bağımlılık
- Solunum depresyonu

# Zayıf opioidler



| Etken madde   | Etki süresi | Doz       |                     |
|---------------|-------------|-----------|---------------------|
| Dihidrokodein | 12 saat     | 60-120 mg |                     |
| Kodein        | 4-6saat     | 30-60mg   | Yüksek gis yan etki |
| Tramadol      | 4-6 sat     | 50-100mg  |                     |

# Güçlü opioidler



| İlaç      | Doz         | Etki süresi |                                    |
|-----------|-------------|-------------|------------------------------------|
| Morfin    | 0,1mg/kg iv | 3-4 saat    |                                    |
| Fentanil  | 1-mcg/kg iv | 1-2 saat    | >5mcg/kg iv, göğüs duvarı rijitide |
| Meperidin | 1-mg/kg iv  | 2-3 saat    |                                    |

J Oncol Pharm Pract. 2016 Feb;22(1):114-20. doi: 10.1177/1078155214551589. Epub 2014 Sep 16.

## **Use of naloxone for reversal of life-threatening opioid toxicity in cancer-related pain.**

Howlett C<sup>1</sup>, Gonzalez R<sup>2</sup>, Yerram P<sup>2</sup>, Faley B<sup>3</sup>.

1966 dan 2014 yılına kadar tüm yayınlar morfin, ağrı, naloksan opioid, acil, kanser başlığı altında incelenmiş.

-Opioid toksisitesi yaygın ancak hayatı tehdit eden durumlar nadir.

# ADJUVAN ANALJEZİKLER



- Kansere bağlı ağrı tedavisi dışında başka endikasyonlar için kullanılan ancak analjeziklerin etkilerini arttıran veya ağrıya eşlik eden semptomların tedavisinde kullanılan ajanlardır
- Antidepresanlar (psikojenik ağrıda),
- Antikonvüsanlar (nöropatik ağrıda)
- Kortikosteroidler (kemik ağrısında)
- Adjuvan analjeziklerdir.

# Hiperkalsemi



- İleri evre kanser olgularında %10-30
- En sık meme, akciğer ca , multipl myelom.

maligniteler ;

- yapısal olarak PTH ya benzeyen PTH ilişkili protein üreterek
- osteoklast aktive edici faktör ile kemik yıkımı
- vit-D analogları üreterek

Hiperkalsemi oluştururlar



# Klinik



- Letarji, konfüzyon, iştahsızlık, bulantı klasik belirtiler
- Klinik belirtiler kalsiyumun kan düzeyinden ziyade artış hızı ile orantılıdır.
- Yavaş yükselişler asemptomatik olabilir.

# Tedavi



- Tolere edebilecek hızda hidrasyon
- 250-500ml/saat SF (intravasküler hacim dolana kadar)/  
100-150ml/saat
- Farmakolojik tedavi genelde acil serviste başlanmaz
- Kalsitonin : 2x4ü/kg sc (2-4 satte kalsiyumu düşürür)
- Glukokortikoidler : 60mg/gün PO
- Bifosfonatlar: zoledronik asit 4mg/15dk da, pamidronate 60mg/2  
saat hızında inf.(nefrotoksik)

# Tümör lizis sendromu



- Masif hc yıkımı sonucu hc içeriğinin dolaşıma geçmesiyle oluşur.
- En sık; hızlı büyüyen, hızlı bölünen, dolgun tümör kitlesi ve ilaçlara yüksek duyarlılıktan ötürü hematolojik kanserlerde .
- Bb yetm. morbiditenin en önemli sebebidir

# Klinik



- Klinik belirtileri organ fonksiyonuna etkilerine (böbrek, kalp beyin)
- biyokimyasal değişiklere bağlıdır (hiperkalemi, hiperürisemi, hiperfosfatemide hipokalsemi)
- Malign hc lerde fosfat içeriği 3-4 kat fazla olduğundan ani fosfat artışı hipokalsemi yapabilir ve tetani, nöbet görülebilir.
- Kardiyak ritm takibi de gerekeceęinden ybü takibi gerekir

# Tedavi



- Hiperpotasemi en acil durumudur ve tedavisi hiperkaleminin klasik tedavisi şeklindedir.
- Bu hastalarda aslında riskin önceden görülüp KT öncesi proflaktik tedavi başlanması (allopürünol ve hidrasyon) lizis gelişim riskini en aza indirir.
- Dializ tüm elektrolit anomalilerini düzeltebilir ancak 12-24 saat sonra tekrarı gerekebilir.

# Uygunsuz ADH sendromu



- Ektopik ADH salgılanmasına bağlı oluşur
- En sık bronkojenik ca olmak üzere malignitelerde
- kafa travması, svo, SAK
- pnömoni, tbc, akc absesi
- KT, opioid, karbamezapin, SSRI lara bağlı gelişebilir.

# Tanı



## Övolemı

- Diüretık tđv olmaması
- Normal adrenal,renal troid, karaciğer ve kalp fonksiyonu

hiponatremi  
serum osm azalma  
max.dilüe idrar (>100mosml)  
artmış idrar Na>20meq/l

# Hiponatremi



- İştahsızlık, bulantı ,halsizlik erken bulgulardır
- Baş ağrısı, konfüzyon, nöbet ve koma gelişebilir.  
(Nöbetler genelde jenaralizedir)
- Sıvı kısıtlaması (500ml/gün)  $Na > 125$  için genelde yeterlidir.
- Ciddi hiponatremide yaklaşım klasik hiponatremi yaklaşımıdır



# Febril nötropeni



- Nötropeni;
- Mutlak nötrofil sayısının  $<1000\text{mm}^3$
- Ciddi nötropeni  $<500\text{mm}^3$ ,

- Nötropenik ateş;

Oral ateşin tek ölçümde  $38.3^{\circ}\text{C}$  üzerinde veya bir saat süreyle  $38^{\circ}\text{C}$  veya üzerinde seyretmesi.

(Infectious Disease Society of America kriterleri)

# Nötropeni



- Kanser hastalarında en sık KT ye bağlı
- En düşük düzey KT den 5-10 gün sonra
- Genelde 5 gün sonra iyileşme görülür

# Nötropeni



- Nötropenik hastada ateş yüksekliğinde
- Enfeksiyon (%80)
- İlaçlar
- primer hastalık
- transfüzyon da etyolojide düşünülmeli



- Ağız boşluğu, perianal bölge ve katater giriş yerleri
- Digital rektal mayene ilk antibiyotik sonrasına
- Eğer varsa santral katater ve periferik venden kültür önerilir, idrar kültürü, akc grf, balgam kültürü ve kan değerleri tetkikleri istenmeli

# Taburculuk



- Genel durumu iyi
- Karın ağrısı olmayan
- Akc grf doğal
- Enfeksiyon belirtisi olmayan
- 10 gün içerisinde nötropeninin düzelmesi beklenen



Society of Clinical Oncology (ASCO) kılavuzu **taburculukta** Multinational Association of Supportive Care in Cancer [MASCC] skorlamasının kullanılması önermektedir

| Özellik       | Bulgu                              | Skor |
|---------------|------------------------------------|------|
| Hastalık yükü | Yok-hafif belirti                  | 5    |
| Hastalık yükü | Orta belirti                       | 3    |
| Kan basıncı   | hipoTA yok                         | 5    |
| Akciğer       | KOAH yok                           | 4    |
| Tm tipi       | Solid                              | 4    |
| Hacim         | Dehidratasyon yok                  | 3    |
| Şu anki durum | Ayaktan hasta( hastanede yatmıyor) | 3    |
| Yaş           | <60                                | 2    |

# Ampirik tedavi



- Mutlak nötrofil sayısı < 500
- Nötrofil sayısı 500-1000 aralığında ise klinikle birlikte karar verilmeli
- Bakteriyemi en sık gr+ kok(S.aureus, koagülaz – staf. ,viridans strep.) veya aerop gr – (E.coli , klebsiella, pseudomonas)
  - ➔ geniş spectrum

# Ampirik tedavi



- Tedavi ateş ve hastanın klinik bulgularına göre düzenlenmeli
- Ateşi olmayan ama enfeksiyon bulgusu olan hastalar da bu kapsama alınmalı



# Düşük riskli hasta – ayaktan tdv



- Sipprofloksasin 500mg PO 3x1 + amoksisilin/klavunat 500mg PO 3x1

# Yüksek riskli hasta



## Tekli ilaç:

- Sefepim 2gr iv ,3x1 veya
- Seftazidim 2gr iv 3x1 veya
- Meropenem 1gr iv 3x1 veya
- Pipeasilin/tazobaktam 4,5gr iv 4x1

## İkili tedavi; ek olarak

- Gentamisin 1,7mg/kg iv 3x1
- Amikasin 5mg/kg iv 3x1

# Akılda tutulmalı



- Anemi ,hematoloik bzk
- Hipo-hiperglisemi
- AKS, Dekompanse Kalp yetmezliđi
- Sıvı-elektrolit bozuklukları
- Dehidratasyon,septik şok
- Aby –kby
- Pulmoner emboli
- Pnömoni, koah
- Plevral efüzyon
- Aspirasyon pnömonisi
- Akut batın
- Üriner enfeksiyonlar
- Yeni gelişen Svo
- Denge problemlerine bağlı düşme
- Epilepsi
- Kafa tarvması
- Patolojik ve travmatik kırıklar
- Spinal kord basısı,
- **Hasta istismarı**



- Aslında bu klinik durumların bir çoğunda bu dönem hastalar hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir

# Ancak



- Komorbid hastalıklar ve bunlara bağı klinik kötüleşme
- Artan ileri yaş nüfusu
- Ülke nüfusunun iki katı acil servis başvuruları
- Başka bir hasta bakım (palyatif tıv) ünitesi olmaması
- Diğer kliniklerin ve ybülerinin bu hastaları kabul etmemesi

# Terminal dönem



- Terminal dönem hasta bakımının acil servisler için ek iş yükü oluşturmaya devam edecek.

# DNR



- Her ne kadar ;
- Terminal dönem hastaların tıbbi girişimlerden yaşamın kaliteli bir şekilde uzatılması anlamında fayda görmeyeceği “ terminal dönem ” tanımının içinde yer alsa da
- Türkiye Cumhuriyeti yasalarına göre DNR kabul edilemez, DNR uygulaması suçtur ve cezai yaptırım gerektirir.



- Her güne yeni bir afetle başlayıp gün sonunda bu afetin yönetiminden alnının akıyla çıkmayı başaran...
- Terminal dönem hastalarla ilgili afeti de başarı ile yönetir..



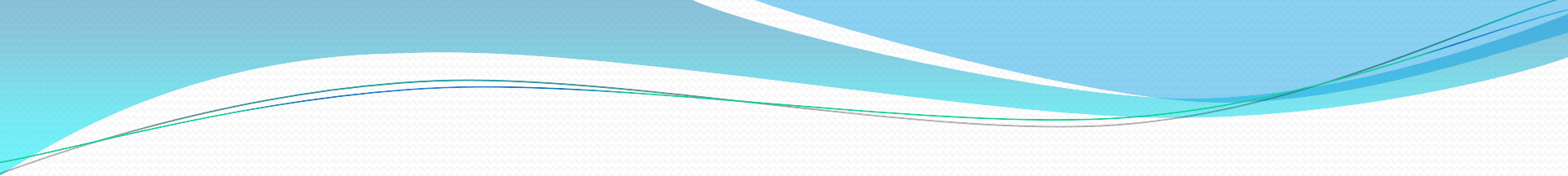
# Öneri



- Kanun yapıcılar, hekim örgütleri(ATUDER), sağlık bakanlığı yetkilileri, hasta ve yakınlarının temsilcileri...
- Terminal dönem hasta sorunlarını
- Acil servis- ybü gereksiz kaynak sarfı
- Tedavi maliyeti
- Hasta ve yakınlarının istekleri, memnuniyeti
- Dini inançlar
- Sosyokültürel kaygıları

da göz önüne alarak bu hasta grubunun takibinin yapılacağı bir palyatif bakım merkezinin gerekliliği, DNR, doğal ölüme izin verme gibi konularla ilgili çağın gerekleri ve bilimsel veriler ışığında değerlendirerek bir karara varmalıdır.





Teşekkürler..