



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KONYA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



IV. INTERNATIONAL ONCOLOGICAL EMERGENCIES CONGRESS

Konuşma Tam
Metin Kitabı

Full Text
Proceedings
Book

17-20 OCTOBER
2024
KONYA
Konya City Hospital

Congress Scientific Secretariat:

- Yasin Yıldız, MD.
atuyasin02@gmail.com
Demet Acar, MD.
dr_demetacar@hotmail.com
Asst.Prof.Emin Fatih Vişneci
drfatihvisneci@hotmail.com
Ayla Mollaoğlu, MD.
mollaoglu@windowslive.com

Congress Organisation Secretariat:

- Menderes Hazır
info@atuder.org.tr
0554 568 12 15

<https://acil42.com/onkolojikacillerkongresi>



Bu sayfa bilinçli olarak boş bırakılmıştır.

*Konya İl Sağlık Müdürümüz **Prof.Dr.Mehmet Koç**
ve
Konya Şehir Hastanesi Başhekimimiz **Dr.Öğr.Üyesi Oğuzhan Günenc**'in destekleri ile.*

Bu kitap, 17-20 Ekim 2024 tarihleri arasında **Konya Şehir Hastanesi**'nde düzenlenen **IV.Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi**'ndeki panellerde konuşmacı olarak görev alanlardan, konuşma tam metinlerini gönderenlerin konuşma tam metinlerinden oluşturulmuştur.

Metinlerin dilbilgisi, imla ve bilimsel doğrulukları yönünden yazarları sorumlu olup, Kongre Organizasyon Komitesi ve Tam Metin Kitabı Editörü herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

Kapak Tasarımı: Uzm.Dr.Yasin Yıldız

Dizgi ve Baskıya Hazırlama: Uzm.Dr.Yasin Yıldız

Konuşma Tam Metin Kitabı Editörü: Uzm.Dr.Yasin Yıldız

Kasım 2024, Konya

İÇİNDEKİLER

Kongre Daveti	5
Organizasyon Komitesi ve Bilimsel Sekreteryaya	6
Bilimsel Kurul	7
Paneller	8
Panel Oturum Başkanları ve Konuşmacılar	9
Sözlü Bildiri Oturum Başkanları	10
Açılış Konuşmaları - Prof.Dr.Mehmet Gül	i
Açılış Konuşmaları - Doç.Dr.Ayşe Özdemir	ii
Konuşma Tam Metinleri Bölümü	11
Abdussamed Vural	12-17
Bahar Ürün	18-21
Burak Bilgin	22-23
Emin Fatih Vişneci	24-25
Fatih Ekici	26-27
Fatma Çakmak	28-29
Hatice Küçükceran	30-31
Havva Serin Yiğit	32-36
İbrahim Babalioğlu	37
Memduha Aydın	38
Meryem Aktan	39
Murat Kuru	40
Mustafa Şahin	41-42
Mustafa Önder Gönen	43
Selma Pekgör	44-50
Sıtkı Özbilgeç	51
Zeynep Keskin	52-56

Tüm Acil Servis çalışanlarına ve ailelerine ithaf olunur.

KONGRE DAVETİ

Değerli Meslektaşlarımız;

IV. Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi'nin 17-20 Ekim 2024 tarihleri arasında Konya İl Sağlık Müdürlüğü ve Konya Şehir Hastanesi ev sahipliğinde gerçekleştirileceğini duyurmaktan mutluluk duyarız.

Onkolojik aciller kongremizin 4.sünü düzenliyor olmak bizleri heyecanlandırmaktadır. **ATUDER (Acil Tıp Uzmanları Derneği), Klinik Biyokimya Uzmanları Derneği, Akademik Onkoloji Derneği, Türk Akciğer Kanseri Derneği'nin yanı sıra Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya Şehir Hastanesi ve Onkoloji Hemşireliği Derneği'nin destekleriyle kongremizin daha da güçleneceğini düşünüyoruz.**

Kabul edilen sözlü sunumlar ve tüm konuşmalar online ya da kongre merkezinde yüz yüze olarak sunulacaktır. Kongre katılımcıları, onkolojik aciller başlıkları dahilinde sözlü bildiri ve/veya poster sunum ile kongreye katılım sağlayabilir. Sunumların ve bildirilerin tamamı kayıt altına alınacak ve kongreden sonra katılımcılar ile paylaşılacaktır. Kongre sonunda kongre özet kitabı ve kongre bildiri tam metin kitabı ISBN numaralı olarak yayınlanacaktır.

IV. Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi, doçentlik kriterleri ve tüm akademik yükseltmelere uygun olarak planlanmıştır. Bilimsel açıdan güçlü bir etkinliğe katılacağınızdan emin olabilirsiniz.

IV. Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi'nde sizleri ağırlamaktan onur duyacağımızı bildiriyoruz.

Saygı ve Sevgilerimizle

Prof. Dr. Mehmet GÜL – Kongre Başkanı

Doç. Dr. Ayşe ÖZDEMİR – Kongre Başkanı

Prof. Dr. Erdem GÖKER – Türk Akciğer Kanseri Derneği (TAKD) Başkanı

Prof. Dr. Mehmet KOÇ – Konya İl Sağlık Müdürü

Prof. Dr. Başar CANDER – Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) Yönetim Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Şükrü Nail GÜNER – Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan GÜNENC – Konya Şehir Hastanesi Başhekimisi

Prof.Dr. Perihan GÜNER – Onkoloji Hemşireliği Derneği Başkanı

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Doç.Dr.Fatma Çakmak – İstanbul Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Emin Fatih Vişneci – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Ayla Mollaoğlu – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Demet Acar – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Yasin Yıldız – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Menderes Hazır – ATUDER Sekreteri
Uzm.Dr.Abidin Baran – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Doç.Dr.Ahmet Çağlar – Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Asiye Müminat Çap – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Doç.Dr.Emine Kadioğlu – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Doç.Dr.Saniye Göknil Çalık – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Havva Serin Yiğit – Meram Devlet Hastanesi Acil Servisi
Prof.Dr.Muhammed Gökhan Turtay – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Mustafa Önder Gönen – Meram Devlet Hastanesi Acil Servisi
Uzm.Dr.Müslüme Kasa – Meram Devlet Hastanesi Acil Servisi
Uzm.Dr.Osman Lütfi Demirci – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Doç.Dr.Yasemin Durduran – Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doç.Dr.Dilek Atik – Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Fulya Köse – Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Cesarettin Dikmetaş – Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

BİLİMSEL SEKRETERYA

Dr.Öğr.Üyesi Emin Fatih Vişneci
Uzm.Dr.Demet Acar
Uzm.Dr.Yasin Yıldız
Uzm.Dr.Ayla Mollaoğlu

BİLİMSEL KURUL

Prof.Dr.Adil Kartal, Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi
Prof.Dr.Mehmet Koç, Konya İl Sağlık Müdürü, Radyasyon Onkolojisi
Prof.Dr.Salahattin Sanal, Özel Sağlık Hastanesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Murat Kapkaç, Türkiye Meme Dernekleri Federasyonu Üyesi, Genel Cerrahi
Prof.Dr.Erdem Göker, Türk Akciğer Kanseri Derneği Bşk Akademik Onkoloji Derneği Başkanı, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Şükrü Nail Güner, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji
Prof.Dr.Yavuz Selvi, Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları
Prof.Dr.Mehmet Gül, Konya Şehir Hastanesi Acil Eğitim Sorumlusu – Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER), Acil Tıp
Prof.Dr.Başar Cander, Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) Başkanı, Acil Tıp
Prof.Dr.Nuri Karadurmuş, Türk Tıbbi Onkoloji Derneği (TTOD) 2023-2024 Bşk Yrd; 2025-2026 Bşk) SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Rejin Kebudi, İstanbul Üniversitesi Uluslararası Pediatrik Onkoloji Derneği (SIOP) Destek Tedavi Çalışma Grup Başkanı, Çocuk Hematoloji – Onkoloji
Prof.Dr.Saadettin Kılıçkap, Ankara Liv Hospital, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Bingür Sönmez, Memorial Hospital Şişli, Kalp ve Damar Cerrahi
Prof.Dr.Oktay Eray, Bandırma Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Acil Tıp
Prof.Dr.Yüksel Arıkan, Özel Afyon Parkhayat Hastanesi, Genel Cerrahi
Prof.Dr.Atilla Çökmez, İzmir-Meme Cerrahi Derneği, Genel Cerrahi
Prof.Dr.Cafer Sadık Zorkun, İstanbul Üniversitesi Kardiyonkoloji Mükemmeliyet Merkezi, Kardiyonkoloji
Prof.Dr.Meltem Ekenel, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Erişkin Onkoloji
Prof.Dr.Türkkan Evrensel, Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Erdem Çubukçu, Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr..Abdullah SAYINER İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları
Prof.Dr.Nurullah Zengin, Lokman Hekim Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Bülent Çetin, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Servet Karahan, BHT Klinik İstanbul, Genel Cerrahi
Dr.Mustafa Kalfaoğlu, KKTC Sağlık Bakanlığı Gazimağusa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi
Dr.Öğr.Üyesi Ahmet Bilgehan Şahin, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji
Doç.Dr.Kıvanç Yalın, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji
Doç.Dr.Ömer Fatih Nas, Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin Saffet Beköz, Bağcılar Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Çocuk Hematoloji Ve Onkoloji
Prof.Dr.Emine Figen Tarhan, Muğla Sitki Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji
Prof.Dr.Mehmet Arazi, Konya Farabi Hastanesi, Ortopedi Ve Travmatoloji
Prof.Dr.Gülşen Babacan Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Samatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji
Prof.Dr.Hakan Önder, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi
Prof.Dr.Dildar Konukoğlu, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi – Klinik Biyokimya Derneği Başkanı, Tıbbi Biyokimya
Prof.Dr.Fatih Gültekin, Lokman Hekim Üniversitesi Rektörü, Tıbbi Biyokimya
Prof.Deniz Barclift, Emory University School of Medicine Georgia - Atlanta, Hematoloji -Onkoloji
Prof.Dr..Francisco Moya, Universidad De Malaga - Clinical Lead.International Medical Services – Spain, Acil Tıp
Prof.M.Raja Durai, Department of Emergency Medicine/ Regional Director-OZ Resus, Apollo KH Hospital AMelvisharam/Hindistan, Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Dr.Khikmet Anwarov, Republican Research Centre of Emergency Medicine Taşkent/Özbekistan, Acil Tıp
Dr.Makhamjon Makhamov, Republican Research Centre of Emergency Medicine Taşkent/Özbekistan, Acil Tıp
Dr.Yalda Rahbar Saadat, Tabriz University of Medical Sciences Iran, Tıbbi Biyoloji
Dr.Virpi Sulosaari, President Elect, European Oncology Nursing Society, PhD, RN, principal lecturer, Turku University of Applied Sciences Finland, Hemşirelik
Dr.Goma Bali Bajaj, Vice President of Society for EM India, Acil Tıp
Dr.Sagar Galwankar, Florida State University Sarasota /Florida, Acil Tıp
Doç.Dr.Serkan Arıbal, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi
Doç.Dr.Ayşe Özdemir, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya
Doç.Dr.Hüseyin Tarhan, Muğla Sitki Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji
Doç.Dr.Aynur Karadağ Gürel, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji
Dr.Öğr.Üyesi Yalda Hekmatshoar, Altınbaş Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji
Doç.Dr.Adem Deligönül, Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Selim Kutlu, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Fizyoloji
Doç.Dr.Ziyet Alphan Düz, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları
Dr.Öğr.Üyesi Abdurrahman Yılmaz, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp
Doç.Dr.Yasemin Akkurt Durduran, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı
Dr.Öğr.Üyesi Erkan Temizkan, İstanbul Medipol Üniversitesi, Acil Tıp
Doç.Dr.Serdar Güngör, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji
Dr.Öğr.Üyesi Selçuk Gürel, Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Hastalıkları Yoğun Bakım
Doç.Dr.Mehmet Zahid Koçak, Konya Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Abdülkadir Baştürk, Konya Şehir Hastanesi, Hematoloji
Prof.Dr.Mehmet Artaç, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Soner Cander, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dahiliye

PANELLER

- Panel 1: Onkolojik Aciller
- Panel 2: Psiko-Onkoloji Kavşağında Aciller Forumu
- Panel 3: Onkolojik Aciller: Radyasyon Onkolojisi
- Panel 4: Baş Boyun Kanserlerinde Onkolojik KBB Acilleri
- Panel 5: Tıbbi Onkolojik Aciller
- Panel 6: Metabolik Onkolojik Aciller
- Panel 7: Onkolojik Aciller ve Aile Hekimliği
- Panel 8: Acil Serviste Onkoloji Hastası
- Panel 9: Onkolojik Ortopedi
- Panel 10: Nörolojik Onkolojik Aciller
- Panel 11: Onkolojik Hastalarda Radyoloji
- Panel 12: Onkolojik Hastalarda Enfeksiyonlar
- Panel 13: Uydu Sempozyumu (Menarini Türkiye)
- Panel 14: Online Panel
- Panel 15: Hematolojik Onkolojik Aciller
- Panel 16: Serbest Panel
- Panel 17: Jinekolojik Onkoloji
- Panel 18: Akılcı İlaç Kullanımı

PANEL OTURUM BAŞKANLARI

Prof.Dr.Başar Cander
Prof.Dr.Erdem Göker
Prof.Dr.Yavuz Selvi
Doç.Dr.Memduha Aydın
Prof.Dr.Mehmet Koç
Prof.Dr.Kayhan Öztürk
Prof.Dr.Ömer Erdur
Prof.Dr.Mehmet Artaç
Doç.Dr.Murat Araz
Prof.Dr.Muhammet Gökhan Turtay
Doç.Dr.Said Sami Erdem
Prof.Dr.Kamile Marakoğlu
Prof.Dr.Fatma Gökşin Cihan
Prof.Dr.Mehmet Ali Eryılmaz
Prof.Dr.Yüksel Arıkan
Prof.Dr.Bahattin Kerem Aydın
Prof.Dr.Mehmet Ali Acar

Doç.Dr.Ali Ulvi Uca
Doç.Dr.Ayşegül Demir
Doç.Dr.Ayşegül Altunkeser
Doç.Dr.Abidin Kılınçer
Prof.Dr.Nazlım Aktuğ Demir
Doç.Dr.Ayşe Özdemir
Uzm.Dr.Yasin Yıldız
Doç.Dr.Ahmet Çağlar
Uzm.Dr.Demet Acar
Prof.Dr.Abdülkadir Baştürk
Doç.Dr.Seda Yılmaz
Prof.Dr.Cafer Zorkun
Dr.Öğr.Üyesi Emin Fatih Vişneci
Doç.Dr.Nur Gözde Kulhan
Dr.Öğr.Üyesi Oğuzhan Günenc
Prof.Dr.Mehmet Gül

KONUŞMACILAR

Prof.Dr.Soner Cander
Doç.Dr.Mehmet Zahid Koçak
Doç.Dr.Seda Yılmaz
Kalid A.A. Ateyyah, MD
Doç.Dr.Memduha Aydın
Dr.Öğr.Üyesi Fatih Ekici
Uzm.Dr.Murat Kuru
Prof.Dr.Gül Kanyılmaz
Doç.Dr.Berrin Benli Yavuz
Doç.Dr.Meryem Aktan
Uzm.Dr.İbrahim Babalioğlu
Prof.Dr.Kayhan Öztürk
Prof.Dr.Ömer Erdur
Doç.Dr.İlker Kaçer
Doç.Dr.Serhat Örün
Doç.Dr.Murat Gül
Doç.Dr.Mustafa Topal
Doç.Dr.Süleyman Karaköse
Uzm.Dr.Onur Bulut
Doç.Dr.Ahmet Çağlar
Doç.Dr.Turgut Dolanbay
Uzm.Dr.Havva Serin Yiğit
Doç.Dr.Selma Pekkör
Dr.Öğr.Üyesi Hatice Küçükceran
Dr.Öğr.Üyesi Bahar Ürün Ünal
Doç.Dr.Mehmet Murat Oktay
Doç.Dr.Bahadır Taşlıdere

Doç.Dr.Fatma Çakmak
Dr.Öğr.Üyesi Abdussamed Vural
Prof.Dr.Bahattin Kerem Aydın
Doç.Dr.Ali Özdemir
Dr.Öğr.Üyesi Ebubekir Eravşar
Doç.Dr.İlker Çöven
Doç.Dr.Mustafa Altaş
Doç.Dr.Fettah Eren
Doç.Dr.Abidin Kılınçer
Uzm.Dr.Zeynep Keskin
Haitham Osama Khalifa, MD
Prof.Dr.Nazlım Aktuğ Demir
Dr.Öğr.Üyesi Erkan Temizkan
Prof.Dr.Ruhiye Reisli
Lukasz Szarpak, Prof, PhD
Dr.Khikmat Anvarov
Doç.Dr.Burak Bilgin
Uzm.Dr.Nur Furkan Cander
Uzm.Dr.Mustafa Önder Gönen
Prof.Dr.Anton Volosevest
Prof.Dr.Cafer Zorkun
Dr.Öğr.Üyesi Oğuzhan Bol
Alex Edward Dent, MD
Uzm.Dr.Rifat Şener
Uzm.Dr.Sıtkı Özbilgiç
Uzm.Dr.Mustafa Şahin
Dr.Öğr.Üyesi Emin Fatih Vişneci

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUM BAŞKANLARI

Doç.Dr.Alparslan Şahin
Doç.Dr.Ceren Şen Tanrıkulu
Doç.Dr.Ömer Faruk Odabaş
Doç.Dr.Sabri Özden
Uzm.Dr.Ayşe Işık
Doç.Dr.Ahmet Sinan Sarı
Uzm.Dr.Osman Lütfi Demirci
Doç.Dr.Serhat Örün
Uzm.Dr.Onur Küçüktopçu
Uzm.Dr.Abidin Baran

Doç.Dr.Emine Kadioğlu
Uzm.Dr.Serpil Ergülü Esmen
Doç.Dr.İsmail Hasırcı
Uzm.Dr.Asiye Müminat Çap
Dr.Öğr.Üyesi Dilay Gök Korucu
Uzm.Dr.Selma Özlem Çelikdelen
Doç.Dr.Tuğba Gün Koplay
Doç.Dr.Abdulhalim Serden Ay

AÇILIŞ KONUŞMALARİ

Prof.Dr.Mehmet Gül - Kongre Başkanı

Sayın Belediye Başkan Vekilim, Sayın Sağlık Müdürüm, Sayın Dekanım, Sayın Başhekimim, Sayın ATUDER Başkanım, değerli bilim insanları, kıymetli öğrenciler ve basınımızın güzide temsilcileri; Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya Şehir Hastanesi ve Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) tarafından organize edilen 4. Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi'ne hepiniz hoş geldiniz.

Çok değerli katılımcılar, Onkolojik hastalar sadece acil servisler için değil, diğer tüm klinik hekimleri ve sağlık çalışanları, hasta yakınları açısından da çok hassas, özellikli kimselerdir. Acil servislerde bizler, hastayı birçok kliniği ilgilendiren farklı şikayetlerle değerlendiririz. Hastalıklarının doğası gereği mükerrer başvuru ve hastaneye yatışlar, farklı girişimler, operasyonlar, yan etki profili yüksek ilaçlar gibi yaşanmış bazı olumsuzluklar nedeniyle bu hastaların memnuniyet düzeyini yükseltmek bizler için oldukça zor bir iştir. Bu işi yaparken özellikle onkoloji olmak üzere multidisipliner çalışmak öncelikli olmalıdır. Ayrıca hasta yaklaşımlarını hızlı ve doğru bir şekilde tamamlamak için onkoloji ve acil branşlarının organize olması gerçekten çok önemlidir. Bu bağlamda kongremiz yıllardır yapılması düşünülen beraber çalışma ortamını sağlamıştır.

Yoğun programlarına rağmen davetimize icabet edip teşekkür buyuran Sn. Karatay Belediye Bşk. Yrd. Adil Tosun'a teşekkürlerimizi arz ederiz.

Onkolojik Aciller Kongresi'ni bu yıl Konya'da Konya Şehir Hastanesi'nde yapmanın mutluluk ve heyecanını yaşıyoruz. Daha önce 1'er kez İstanbul, Uşak ve Ankara'da yapılan kongrenin bu yıl Konya'da yapılmasında güçlü iradesini ortaya koyan ve tüm süreçlerde desteklerini esirgemeyen İl Sağlık Müdürümüz Sayın Prof.Dr.Mehmet Koç Beyefendi'ye şükranlarımı arz ediyorum.

AÇILIŞ KONUŞMALARARI

Doç.Dr.Ayşe Özdemir - Kongre Başkanı

Doktor, anne ve bir kadın olarak 2024 Cumhuriyet Türkiye'sinde neler yapabildik? Aslında hala zorlu süreçlerden geçiyoruz ama belki de yapabildiğimiz en önemli şey Tıp Fakültesi ve sağlık alanındaki öğrencilere örnek olabilmek. Kelile ve Dimne, Sanskritçe orijinal adı Pança-Tantra olarak bildirilir. 'Dostluğun Bozulması', 'Dost Kazanma', 'Savaş ve Barış', 'Zenginliklerimizin Kaybı' ve 'Tedbirsizlik ve Acele Karar Vermeye Dair' isimli beş bölümle, bir girişten müteşekkildir. İlk bölümündeki konusunu hikâyenin kahramanları iki çakaldan alır: doğrunun ve dürüstlüğün simgesi "Kelile" ile yanlışın ve yalanın simgesi "Dimne" İnsan olmak doğru ve dürüstlüğü kendine şiar edinmiş olmaktır. Bu kongrenin 4.sünü yapıyor olmaktan mutluluk duyuyorum ayrıca bu kongrenin düzenlenmesini sağlayan Sn Prof. Dr. Mehmet Gül ve Sn Prof. Dr. Erdem Göker başta olmak üzere tüm katkı sağlayanlar bana doğru ve dürüstlüğün ayrıca dostluğun çok önemli olduğunu, bunları sürdürmenin ise daha da önemli olduğunu gösterdiler. Tıp fakültesi öğrencilerimize kitapları okutarak bilgileri öğretebiliriz ancak öğrencilerimiz derslerdeki bilgimizle değil davranışlarımızla bizleri hatırlayacaklar. Okul yıllarımda Selçuk Üniversitesinde anlatılan çoğu bilgiyi unutsam da bana yapılan nezaketli davranışları hatırımdan hiç çıkarmadım. Ayrıca öğrencilik yıllarımda bizi davet eden asistanlarımız ve hocalarımız sayesinde bilimsel ve sosyal programların harmanlandığı kongrelerden daha çok şeyler öğrendim. Umarım öğrencilerimizin hatıralarında bu davranışlarımızla yer alabiliriz. Kanser hem teşhisi hem tedavi sürecine bakıldığında uzun bir yolculuğa çıkmak gibidir. Bir makalede "Kanser zekidir ve bir sağlık olayı haline geldiğinde tümör, bağışıklık sisteminin 'gözünü bağlar'" diye bir cümleyle karşılaşmıştım. Büyümelerine bakıldığında vücudumuzun onu düşman olarak görmediğini söyleyebiliriz. Bu yüzden ki eskiden neden olduğunu bilmediğimiz ancak doğuştan gelenler ile yaşamımız boyunca edindiğimiz gen mutasyonlarının birlikte çalışarak oluşan kanser hem teşhisi hem de tedavisi birçok tıp dalını ilgilendiren, organize bir suç karşısında çözüm arar gibi ekip halinde çalışmayı gerektiren, iyi farklılaştırılmış bir tedavi yaklaşımına ihtiyaç duyar. Bugün ve sonrasında dinleyeceğimiz konuşmacılar kanser özelinde acil yaklaşımlara ışık tutacak, onkolojide ekip olarak çalışmanın bu uzun yolculuğu nasıl yönlendirdiğine tanıklık etmemizi sağlayacaklar. ONKOLOJİK ACİLLER KONGRESİ, ismi yıllarca koyulmamış ama kanser vakalarında acil yaklaşımların ortak bir zeminde tartışılmak istenmesinden doğmuştur. 4 yıllık bir kongre sürecinde Onkoloji ve Acil gibi yoğun branşların yaklaşımlarının hastaların yaşamlarını sürdürmedeki rolünü ve beraber değerlendirme sürecinin ne kadar değerli olduğunu da kanıtladı. Bazen makale yazarsınız atıf almasını beklersiniz çok önemli bir konuya değindiğinizi bilerek ve düşünerek. Belki 3 yıl beklersiniz. Bir bakarsınız birdenbire birçok atıf ard arda yapılmış. Bugün geldiğimiz Konya da görüyorum ki kongremiz dik bir ivmeyle seyrediyor. Ziyadesiyle memnunum çünkü amacımız biyokimyacı olarak birleştirici olmaktı. Bugün 4.Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresini dünyayı ve Türkiye'yi sarsan doğal felaketlerin süregelen etkileri altında, hiçbir ekonomik destek almadan, bilimsel inisiyatif olarak İstanbul Beykent, Uşak Üniversitesi ve Ankara Lokman Hekim Üniversitesinden sonra yine bir akademik zeminde, Konya Şehir Hastanesi'nde yapıyor olmak beni ve bu kongrenin adının konulmasını, içeriğinin saptanmasını, konuşmacıların belirlenmesini sağlayan tüm hocaların da oldukça memnun etmiştir. Ayrıca en önemli hedefimizin gerçekleşmesinden dolayı gurur duyduğumuzu da belirtmek isterim. Ümit ediyorum ki gün gelecek bu bilimsel platformda, onkoloji ve acil alanındaki hekimler tıbbın her branşındaki insanla, akademik teşvik ya da doçentliğe başvuru kriteri için değil, bilimsel söyleyecekleri SÖZLERİ ni gelip bu kürsüden ülkemize ve dünyaya duyurmak ve tartışmak için yer alacaklar. Sn Erdem Göker ve Sn Mehmet Gül nezdinde Değerli Hocalarıma bu sebeple de teşekkür etmek istiyorum kongreye gelerek bilimsel elçi olup konuşma lütfunda bulundular. İstanbul'daki ilk kongremizde kongrenin başarısının sürdürülebilirlik olduğundan hareketle, elimden gelen sosyal ve bilimsel çabayı göstereceğime söz vermiştim. Bu sözümü tekrarlayarak, konuşma yapacak bize mihmandar olacak hocalarımıza domino etkisi yaratmalarını dileyerek, bizi misafir eden Konya Şehir Hastanesi Ailesine, Başhekim Sn Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan GÜNENC ve Konya İl Sağlık Müdürümüz Sn Prof. Dr. Mehmet KOÇ nezdinde tüm katılımcılarla beraber teşekkürlerimi sunuyorum. Ayrıca tüm kongrelerde bize destek olan ATUDER yönetimine Sn Prof Dr Başar Cander nezdinde şükranlarımı iletiyorum.

Saygı ve hürmetlerimle

KONUŞMA

TAM METİNLERİ

IV.Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi, 17-20 Ekim 2024 Konya, Konuşma Tam Metin Kitabı
IVth International Oncological Emergencies Congress, 17-20 October 2024 Konya, Full Text Proceedings Book

ABDUSSAMED VURAL

Acil Hava Yolu Ekipmanlarının Kullanımı ve Onkolojiye Özgü Yaklaşımlar

Dr. Abdussamed Vural

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp ABD

Giriş

Hava yolu yönetimi, acil tıp pratiğinin temel yapı taşlarından biridir ve hayatta kalma zincirinin kritik bir halkasını oluşturur. Solunum yetmezliği, kardiyak arrestin ve akut mortalitenin önde gelen nedenleri arasında yer alırken, etkili bir hava yolu yönetimi ile oksijenasyonun sağlanması, resüsitasyon başarısını doğrudan etkiler. Onkoloji hastalarında anatomik ve fizyolojik değişiklikler nedeniyle hava yolu yönetimi daha karmaşık hale gelir. Bu sunumda, acil hava yolu ekipmanlarının kullanımına dair genel bir değerlendirme yapılmış, onkoloji hastalarına özgü uygulamalar detaylandırılmıştır.

Hava Yolu Yönetim Ekipmanları

Hava yolu yönetimi, acil tıpta hayati bir rol oynar ve doğru ekipman seçimi ile uygulanması, hasta sonuçlarını doğrudan etkileyebilir. Bu bağlamda kullanılan temel ekipmanlar arasında endotrakeal entübasyon, laringeal maske havayolu (LMA), combitube, Jet Havalandırma, balon -valf-maske (BVM, orofarengeal ve nazofarengeal havayolu, videolarinoskop, fiberoptik bronkoskop (FOB), krikotirotomi (Cerrahi ve İğne), Yüksek Akışlı Nazal Kanül (HFNC) ve trakeostomi yer alır.

Hava Yolu Yönetiminin Önemi

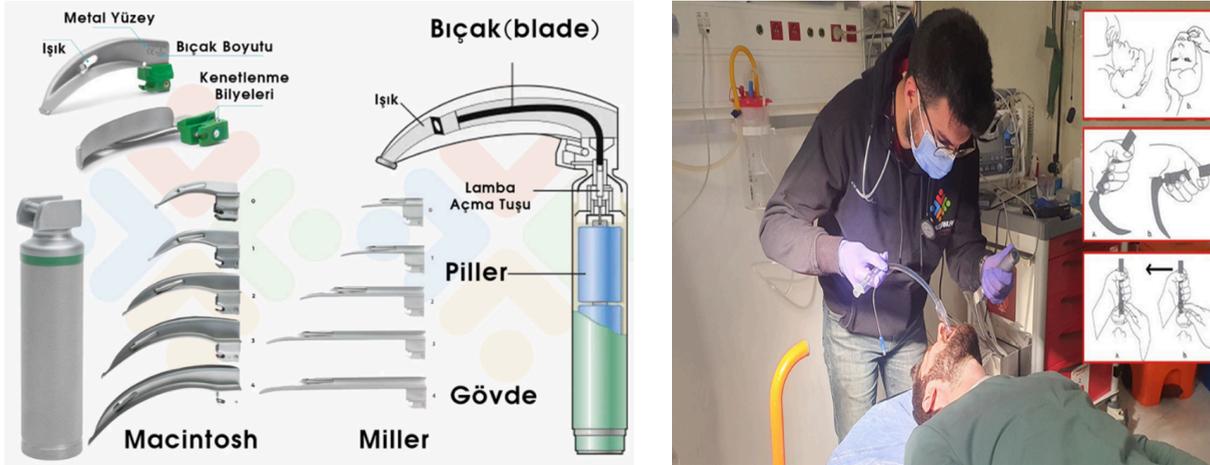
Hava yolu yönetimi, acil resüsitasyon süreçlerinin en kritik aşamalarından biridir. Solunum yetmezliği, kardiyak arrest ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biri olarak hastaların hayatını tehdit eder. Bu nedenle, bir hastanın hava yolunu güvence altına almak ve yeterli ventilasyon sağlamak, hayatta kalma şansını artırmak için vazgeçilmezdir. Acil durumlarda etkili hava yolu yönetim teknikleri ve cihazları, oksijenasyon ve ventilasyonun devamlılığını sağlamada kritik bir rol oynamaktadır.

Endotrakeal Entübasyon

Endotrakeal entübasyon, hava yolu yönetiminde en yaygın kullanılan invaziv bir prosedürdür. Bu teknik, hastaların solunum yolunu güvence altına alarak oksijenasyonun sürdürülmesini sağlar. Ses tellerinin görüntülenmesi ve endotrakeal tüpün trakeaya yönlendirilmesi işlemi, bir laringoskop yardımıyla gerçekleştirilir. Bu yöntem, özellikle acil durumlarda etkili bir hava yolu yönetimi sağlamak için kritik öneme sahiptir.

Onkolojide Dikkat Edilmesi Gerekenler:

Onkoloji hastalarında, anatomik distorsiyonlar nedeniyle standart tekniklerin uygulanması zor olabilir. Bu durumlarda, esnek endotrakeal tüpler veya fiberoptik entübasyon teknikleri tercih edilerek prosedürün başarısı artırılabilir.



Şekil 1. (sol) Macintosh ve miller bıçakları (sağ) Endotrakeal entübasyon girişimi

Laringeal Maske Havayolu (LMA)

LMA, acil durumlarda invazif olmayan bir hava yolu yönetimi alternatifi olarak kullanılan supraglottik hava yolu cihazıdır. LMA orofarinkse yerleştirilerek trakeal entübasyon olmadan akciğerlere doğrudan hava akışı sağlanır. ProSeal LMA ve I-gel gibi varyantlar özellikle anatomik distorsiyonları olan onkoloji hastaları için kullanışlıdır. LMA, zor hava yolları olan onkoloji hastaları için hızlı ve non-invaziv bir hava yolu yönetimi seçeneği sunar. Günümüzde acil koşullarda kullanıma en uygun olanlar tek kullanımlık LMA'lar (LMA unique)



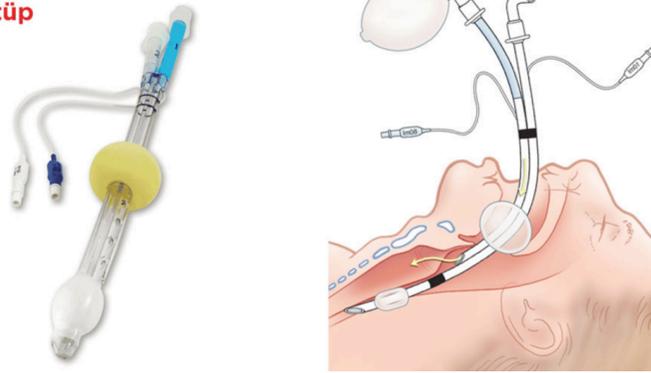
Şekil 2. LMA tipleri

ABDUSSAMED VURAL

Kombitüp

Çift lümenli hava yolu cihazıdır. Zor hava yolu durumlarında hızlı ve güvenilir bir çözüm sunar. Onkoloji hastalarında kullanımında dikkatli değerlendirme ve klinik deneyim önemlidir. Hava yolu güvenliği sağlanırken hasta özelliklerine göre diğer yöntemlerle karşılaştırmalı olarak ele alınmalıdır.

Özofageal Trakeal Kombitüp



Şekil 3. Kombitüp ve uygulama sırasındaki ağız içi yerleşimi

Jet Havalandırma

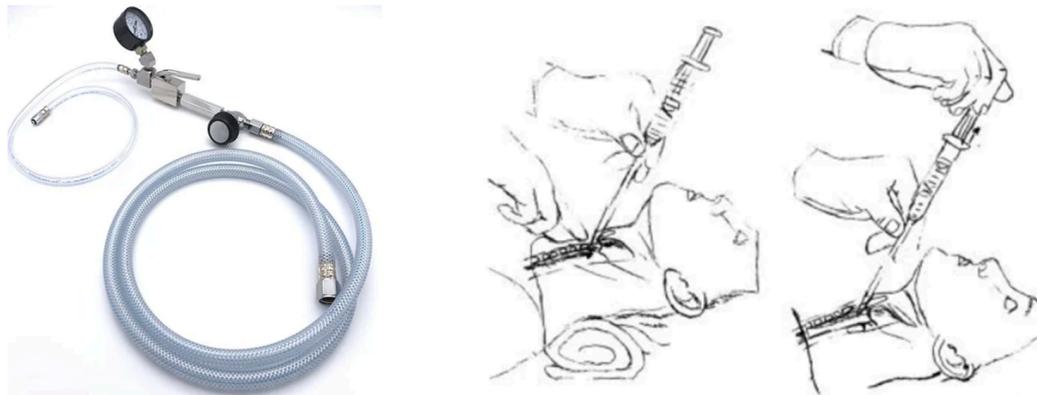
Jet ventilasyon, üst hava yolu tıkanıklığı veya zor hava yolu erişimi olan hastalarda kısa süreli oksijenasyon sağlamak için yüksek hızlı oksijen akışı kullanan bir tekniktir. Yüksek hızlı oksijen akışı, ortam havasını sürükleyen ve hastanın akciğerlerine etkili bir şekilde oksijen sağlayan bir venturi etkisi yaratır. Bu, güvenli bir hava yoluna ihtiyaç duymadan hızlı oksijenasyon sağlar. Tümörlerin neden olduğu gibi üst hava yolu tıkanıklıkları olan onkoloji hastalarında özellikle yararlıdır. Daha kesin bir hava yolu yönetimi stratejisi uygulanana kadar oksijenasyonu korumak için geçici bir çözüm sağlayabilir.

Manuel jet enjektörleri ve otomatik jet ventilatörleri dahil olmak üzere çeşitli jet ventilasyon cihazları mevcuttur. Bu cihazlar yüksek hızlı oksijen akışını dar bir kateter veya özel endotrakeal tüp aracılığıyla iletir.

Jet ventilasyonun avantajları arasında hızlı oksijenasyon, üst hava yolu obstrüksiyonu varlığında ventilasyonu sürdürme yeteneği ve daha invaziv hava yolu müdahalelerinden kaçınma potansiyeli yer alır. Sınırlamalar arasında barotrauma riski, açık bir hava yolu ihtiyacı ve çözümün geçici niteliği yer alır.

AHA 2020 Kılavuz Önerileri

Amerikan Kalp Derneği'nin 2020 kılavuzları, onkolojiyle ilişkili hava yolu tıkanıklıkları da dahil olmak üzere zor hava yolu yönetimi durumlarında kısa süreli oksijenasyon için bir kurtarma tekniği olarak jet ventilasyonun kullanılmasını önermektedir.



Şekil 4. (Sol) Sıklıkla yoğun bakım ve cerrahi ünitelerde kullanılan Jet havalandırma (sağ) Acil transtrakeal jet ventilasyon uygulaması

BVM Cihazı

Tanım ve Kullanım Alanı:

Balon-Valf-Maske (BVM), manuel ventilasyon sağlamak amacıyla kullanılan basit ve etkili bir cihazdır. Kendiliğinden şişen bir balon, tek yönlü bir valf ve hastanın yüzüne oturtulan bir maske kombinasyonundan oluşur. Spontan solunumu olmayan veya yetersiz olan hastalarda acil durumlarda ventilasyon sağlamak için kullanılır.

Avantajları: Taşınabilir ve hızlı kullanım için idealdir. Entübasyon öncesinde veya sırasında geçici bir ventilasyon yöntemi olarak tercih edilir.

Sınırlamaları: Maskenin yüze uygun şekilde yerleştirilmemesi durumunda hava kaçağı oluşabilir. Uzun süreli kullanımda yetersiz ventilasyon veya hasta yorulması riski taşır.



Şekil 5. Balon -valf-maske (BMV) ve uygulama şekli

PB003

Hava Yolu Yönetim Cihazları Karşılaştırma Tablosu

Cihaz	Avantajlar	Dezavantajlar	Onkoloji Uygulamaları
Laringeal Maske Havayolu (LMA)	- Kolay ve hızlı yerleştirme - İnvaziv olmayan - Anatomik bozulmalara karşı toleranslı	- Yetersiz ventilasyon sağlama riski - Uzun süreli kullanımda güvenilir değil	Zor hava yollarında hızlı erişim
Endotrakeal Entübasyon	- Güvenilir ve etkili havalandırma - Uzun süreli hava yolu güvenliği	- Teknik Zorluklar - Anestezi gerektirebilir	Onkoloji hastalarında anatomik bozukluklar için fiberoptik kullanım
Jet Ventilasyonu	- Hızlı oksijen sağlama - Üst hava yolu obstrüksiyonu olan hastalar için etkili	- Barotravma riski - Geçici bir çözüm	Tümörler nedeniyle üst hava yolu obstrüksiyonu olan hastalar için
Torba-Valf-Maske (BVM)	- Kolay erişim - Manuel destek	- Kullanım Zorluğu - Yetersiz oksijen sağlama riski	Acil durumlarda hızlı müdahale için
Fiberoptik Bronkoskopi	- Gerçek zamanlı görselleştirme - Zor intübasyon durumları için ideal	- Eğitim gerektiren bir teknik - Zaman alıcı olabilir	Onkoloji hastalarında anatomik bozulmalarla ilgili güvenli intübasyon

Orofarengeal ve Nazofarengeal Hava Yolları

Orofarengeal ve nazofarengeal hava yolu cihazları, acil tıp pratiğinde hava yolunun korunması için vazgeçilmez araçlardır. Doğru cihaz seçimi, hasta özelliklerine ve durumuna göre yapılmalı, potansiyel komplikasyonlara dikkat edilmelidir. Literatüre göre, bu cihazların uygun şekilde kullanımı, hava yolu yönetiminin etkinliğini artırmada önemli bir rol oynamaktadır.

Orofarengeal Hava Yolu (OPA): Ağız yoluyla yerleştirilir ve dilin posteriora düşerek hava yolunu tıkamasını önler. Genellikle bilinçsiz veya düşük bilinç düzeyine sahip hastalarda kullanılır. Arthur Guedel tarafından geliştirilmiş olan Guedel hava yolu, bu kategoriye girer ve yaygın olarak kullanılır.

Nazofarengeal Hava Yolu (NPA): Nazal yol kullanılarak yerleştirilir ve orofarinkse kadar uzanır. Bu cihaz, bilinci açık olan veya güçlü bir öğürme refleksi bulunan hastalarda tercih edilir. Nazofarengeal havayolu endikasyonları arasında güçlü öğürme refleksi, sınırlı ağız açıklığı, makroglossi, servikal omurga instabilitesi, şiddetli servikal kifoz, şiddetli artritis, ağız içi kitleler, yapısal anormallikler, trismus, anjiyoödem yer alır. Mutlak kontrendikasyonlar arasında baziler kafatası kırıkları, yüz travması ile birlikte orta yüz, nazofarenks veya ağız çatısının bozulması yer alır.



Şekil 6. (sol) Orofarengeal (sağ) nazofarengeal hava yolları



Şekil 7. Videolaringoskopi (ağız içi ve nazal uygulama)

Videolaringoskopi

Videolaringoskopi, özellikle onkoloji hastaları bağlamında, zor hava yollarının yönetiminde kritik bir araçtır. Larinks ve glottisin dolaylı olarak görüntülenmesini sağlar; bu da tümör büyümesi veya önceki radyasyon tedavisi nedeniyle anatomik distorsiyonları veya tıkanıklıkları olan hastalarda başarılı endotrakeal entübasyon için gereklidir.

Fiberoptik Bronkoskopi

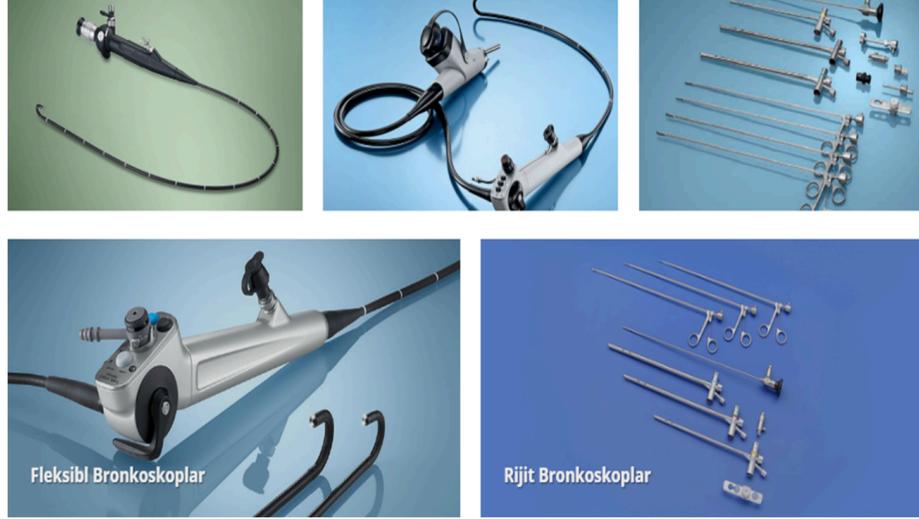
Fiberoptik bronkoskopi, solunum yollarını ve akciğerleri incelemek için bronkoskop adı verilen esnek, ışıklı bir alet kullanan minimal invaziv bir prosedürdür.

Fiberoptik bronkoskopi, özellikle anatomik distorsiyonlar veya obstrüksiyonlar nedeniyle zor hava yolları olan onkoloji hastalarında uyanık entübasyon için tercih edilen bir tekniktir.

ABDUSSAMED VURAL

Onkoloji Hastalarındaki Avantajları

Fiberoptik bronkoskopi, hava yolunun gerçek zamanlı olarak görüntülenmesini sağlayarak klinisyenin tümör büyümesinin neden olduğu herhangi bir tıkanıklık veya bozulmadan geçmesine olanak tanır ve onkoloji hastalarında entübasyon için daha güvenli ve daha etkili bir seçenek haline getirir



Şekil 8. Fiberoptik ve rijit bronkoskopi

Krikotirotomi

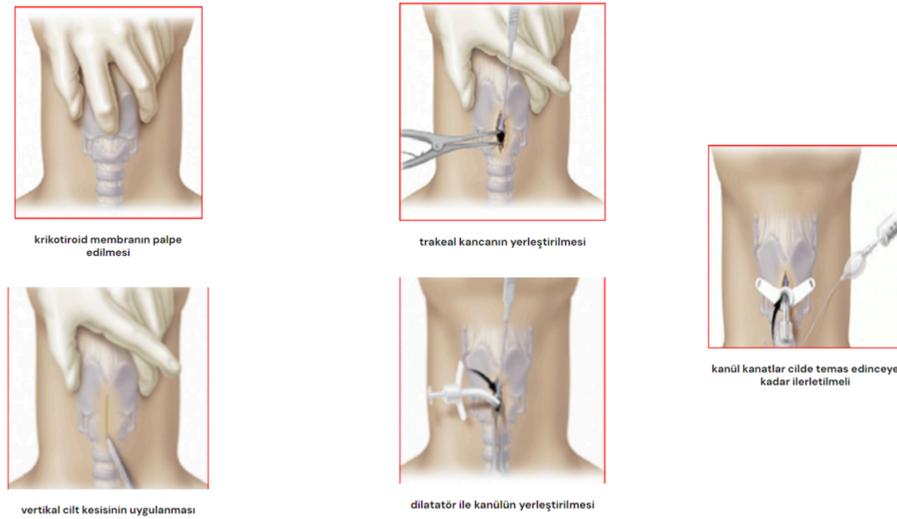
Krikotirotomi, krikotiroid membranda bir açıklık oluşturarak trakeaya doğrudan erişim sağlayarak hızlı bir şekilde acil hava yolu oluşturmak için kullanılan cerrahi veya iğne tekniğidir. Cerrahi krikotirotomi, doğrudan trakeaya bir trakeostomi tüpü veya endotrakeal tüp yerleştirmek için ciltte ve krikotiroid membranda bir kesi yapılmasını içerir. Bu, iğne krikotirotomisine kıyasla daha kesin bir hava yolu yönetim tekniğidir. İğne krikotirotomi, daha kesin bir hava yolu oluşturulana kadar geçici bir hava yolu sağlamak için krikotiroid membrandan büyük delikli bir iğne veya kanül yerleştirmeyi içeren daha hızlı ve daha az invaziv bir acil durum prosedürüdür.

Endikasyonlar

Krikotirotomi, entübasyon veya supraglottik hava yolu cihazları gibi diğer hava yolu yönetim tekniklerinin mümkün olmadığı veya başarısız olduğu tümör, travma veya yabancı cisim gibi üst hava yolu tıkanıklığı durumlarında endikedir.

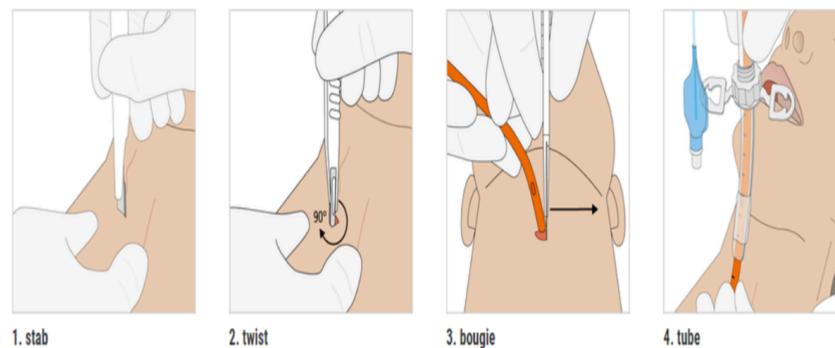
Onkolojiye Özel Uygulamalar

Onkoloji hastalarında, ilerlemiş hava yolu tümörleri veya radyasyon sonrası fibrozis ve skarlaşmanın neden olduğu trakeal tıkanıklığı yönetmek için krikotirotomi gerekli olabilir. Bu zorlu durumlarda hızlı ve hayat kurtarıcı bir hava yolu erişimi sağlayabilir.



Şekil 9. Cerrahi krikotomi tekniği

Scalpelcric tekniği



ABDUSSAMED VURAL



Şekil 10. Scalpelcric tekniği ve krikotirotomi seti

Yüksek Akışlı Nazal Kanül (HFNC)

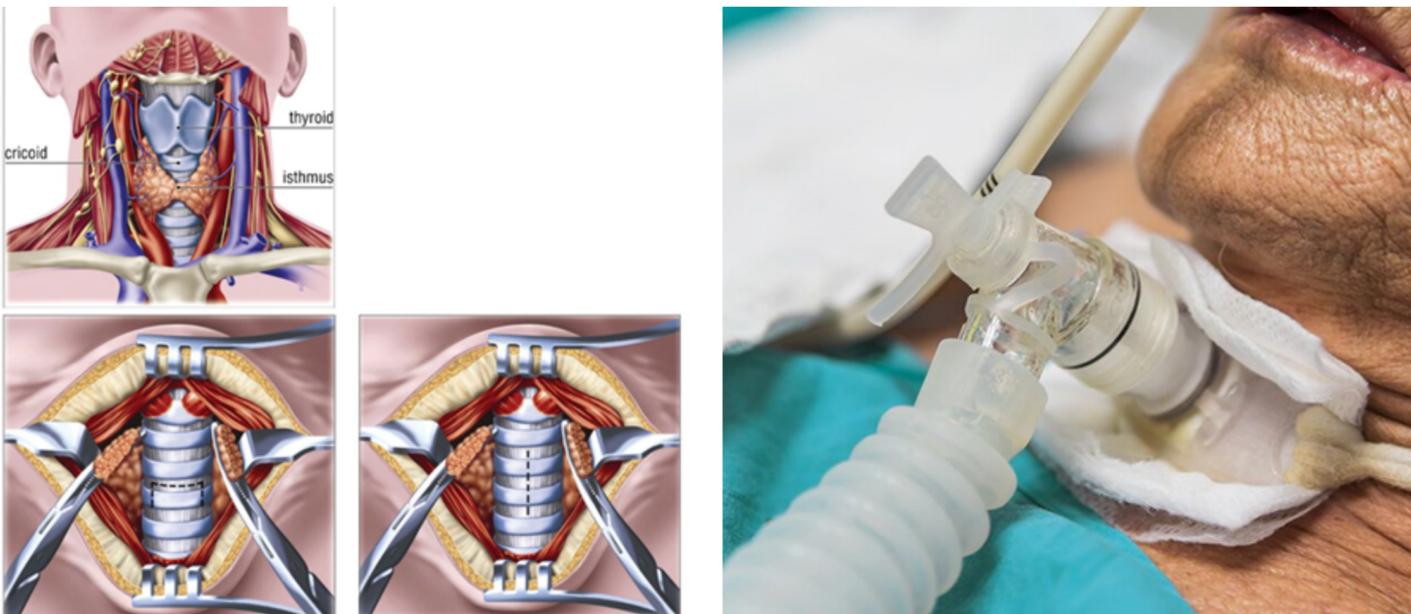
Yüksek Akışlı Nazal Kanül (HFNC), oksijenasyonun iyileştirilmesini, hasta konforunun artırılmasını, onkoloji hastalarında solunum desteği sağlamayı ve kullanım kolaylığı sunmayı amaçlayan non-invaziv bir oksijenasyon yöntemidir.



Şekil 11. Yüksek Akışlı Nazal Kanül (HFNC)

Trakeostomi

Trakeostomi, uzun süreli hava yolu yönetimi gereken durumlarda trakeaya cerrahi bir açıklık oluşturularak hava yolu güvenliğini sağlayan invaziv bir prosedürdür. Genellikle üst hava yolu tıkanıklıkları, uzamış mekanik ventilasyon gereksinimi veya nörolojik durumlarda uygulanır. İşlem, hasta supin pozisyonda yatarken ve boyun hiperextension pozisyonuna getirilerek gerçekleştirilir. Lokal veya genel anestezi altında trakeanın ön yüzünde bir kesi yapılarak uygun boyutta bir trakeostomi tüpü yerleştirilir.



Şekil 12. Trakeostomi prosedürü

Onkolojide Trakeostomi

İlerlemiş hava yolu tümörü olan bir hastaya, tıkanıklığı baypas etmek ve güvenli bir hava yolunu korumak için trakeostomi açılır.

ABDUSSAMED VURAL

Onkolojide Hava Yolu Yönetimi

Onkoloji hastalarında hava yolu yönetimi, çeşitli zorluklar nedeniyle karmaşık bir süreçtir. Anatomik bozulma hastaların %65'inde görülürken, radyoterapi sonrası gelişen fibrozis %55 oranında hava yolu manipülasyonunu zorlaştırır. Tümörlerin doğrudan hava yolunu tıkadığı durumlar %75 oranında en sık karşılaşılan problemdir. Ayrıca, boyun hareket kısıtlılığı %60 oranında görülür ve entübasyonu zorlaştırır. Kanama riski ise %50 oranında önemli bir komplikasyon kaynağıdır. Bu durumlar, onkoloji hastalarında hava yolu yönetimi stratejilerinin özel bir özenle planlanmasını gerektirir.

KAYNAKÇA

Rosenblatt WH, Yanez ND. A Decision Tree Approach to Airway Management Pathways in the 2022 Difficult Airway Algorithm of the American Society of Anesthesiologists. *Anesth Analg*. 2022 May 1;134(5):910-915. doi: 10.1213/ANE.0000000000005930. PMID: 35171880; PMCID: PMC8986631.

Kornas RL, Owyang CG, Sakles JC, Foley LJ, Mosier JM; Society for Airway Management's Special Projects Committee. Evaluation and Management of the Physiologically Difficult Airway: Consensus Recommendations From Society for Airway Management. *Anesth Analg*. 2021 Feb 1;132(2):395-405. doi: 10.1213/ANE.0000000000005233. PMID: 33060492.

Miller KA, Goldman MP, Nagler J. Management of the Difficult Airway. *Pediatr Emerg Care*. 2023 Mar 1;39(3):192-200. doi: 10.1097/PEC.0000000000002916. Epub 2023 Feb 16. PMID: 36790950.

Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, Mendonca C, Bhagrath R, Patel A, O'Sullivan EP, Woodall NM, Ahmad I; Difficult Airway Society intubation guidelines working group. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. *Br J Anaesth*. 2015 Dec;115(6):827-48. doi: 10.1093/bja/aev371. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26556848; PMCID: PMC4650961.

Cook TM, Woodall N, Frerk C; Fourth National Audit Project. Major complications of airway management in the UK: results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society. Part 1: anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2011 May;106(5):617-31. doi: 10.1093/bja/aer058. Epub 2011 Mar 29. PMID: 21447488.

Cook TM, Woodall N, Harper J, Benger J; Fourth National Audit Project. Major complications of airway management in the UK: results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society. Part 2: intensive care and emergency departments. *Br J Anaesth*. 2011 May;106(5):632-42. doi: 10.1093/bja/aer059. Epub 2011 Mar 29. PMID: 21447489.

Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Gentile F, Jneid H, Krieger EV, Mack M, McLeod C, O'Gara PT, Rigolin VH, Sundt TM 3rd, Thompson A, Toly C. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients with Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021 Feb 2;143(5):e72-e227. doi: 10.1161/CIR.0000000000000923. Epub 2020 Dec 17. Erratum in: *Circulation*. 2021 Feb 2;143(5):e229. doi: 10.1161/CIR.0000000000000955. Erratum in: *Circulation*. 2023 Aug 22;148(8):e8. doi: 10.1161/CIR.0000000000001177. Erratum in: *Circulation*. 2023 Nov 14;148(20):e185. doi: 10.1161/CIR.0000000000001190. Erratum in: *Circulation*. 2024 Sep 17;150(12):e267. doi: 10.1161/CIR.0000000000001284. PMID: 33332150.

BAHAR ÜRÜN

Birinci Basamakta Kansere Taramaları

Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÜRÜN ÜNAL

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Sunum Planı

- Dünyada ve ülkemizde kanser
- Kanserden korunma stratejileri
- Kanser taramalarının amacı ve uygunluğu
- Tarama şekilleri
- Ulusal kanser tarama programı
- Meme kanseri taraması
- Serviks kanseri taraması
- Kolorektal kanser taraması
- Birinci basamakta kanser taraması yapılan merkezler
- Kanser Randevu Sistemi
- Tarama testlerinin reddi ve yasal sorumluluk

Kanser, hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tanım olarak kanser; bir organ ya da dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak düzensiz bir şekilde bölünüp, çoğalarak buldukları bölgenin de dışına yayılabilen hastalıktır. Köken aldığı doku ya da organa göre 100'den fazla türü vardır. %90 oranında çevresel, %10 oranında ise kalıtsal/genetik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.Kanserin ülkemizde de yıllardır en sık izlenen 2.ölüm nedeni olduğu görülmektedir. Neredeyse her 5 ölümden biri kanser nedeniyle gerçekleşmektedir.

Kanserden Korunma Stratejileri

Birincil Korunma = Önleme

Tütün kontrolü
Obezite kontrolü
Fiziksel aktivitenin artırılması
Güneşin zararlı etkilerinden korunma
Aşı uygulamaları (HPV, Hepatit aşılı gibi)

İkincil Korunma = Tarama ve Erken Tanı

Şikayeti olmayan kişiyi tarama ile erken evrede tanımak.

Üçüncül Korunma

Kanserli hastanın yaşam süresini ve kalitesini arttırmak.

Birincil korunma dediğimizde etkene maruziyetin azaltılması Kansere önleme çalışmaları arasında birincil korunma stratejisi kapsamında kanserin de içerisinde yer aldığı Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) komitesi çeşitli programlar yürütülmektedir:

Tütün ve Alkol Kontrol Programı
Obezite, Fiziksel Aktivite ve Diyabet Kontrol Programı
Kronik Hastalıklar Kontrol Programı gibi.

Kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri başlıca 5 davranışsal ve beslenme ile ilgili risk faktöründen kaynaklanmaktadır: Tütün kullanımı, yüksek beden kitle indeksi, meyve sebzedden fakir beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve alkol tüketimi. Bunlar içerisinde tütün kullanımı, kanser için en önemli risk faktörü olup tek başına kanser ölümlerinin yaklaşık %22'sinden sorumludur.

İkincil korunma stratejileri arasında en önemlisi taramalarla kanserin erken teşhisidir.

Wilson'un 1968 yılında "Hastalıkların Taramasında Prensipler ve Uygulamalar" kitabında taranacak hastalıklar için on kriter sıralıyor

- Önemli bir sağlık sorunu olmalı.
- Hastalığı bilinen hastalar için kabul edilmiş bir tedavisi bulunmalı.
- Tanı ve tedavi olanakları bulunmalı.
- Tanınabilir/saptanabilir bir latent (asemptomatik) veya erken semptomatik evresi olmalı
- Uygun bir tarama testi veya muayene yöntemi bulunmalı
- Test/muayene yöntemi toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
- Hastalığın doğal seyri, latent dönemden belirtili döneme geçiş sürecini de içermek üzere, yeterince anlaşılmalı olmalı.
- 'Hasta' nın tanımı hakkında mutabakata varılmış olmalı .
- Olgu bulma maliyeti (tanısı konan hastaların tanı ve tedavisi de dahil olmak üzere) , bir bütün olarak olası tıbbi bakım harcamaları ile ilişkili olarak ekonomik açıdan dengelenmelidir; tarama ekonomik olarak maliyet etkili olmalı.
- Olgu bulma süreci sürekli olmalıdır ; 'herkes için bir kez' projesi olmamalıdır.

Hangi Hastalıklar Taramaya Uygundur?

Taranan hastalık toplum için önemli bir sağlık sorunu olmalıdır. (sık)
Taranacak hastalığın klinik seyri bilinmeli, latent veya erken evre semptomatik bir dönemi bulunmalıdır.
Tarama sonucunda saptanan hastalar için uygun tedavi yöntemi olmalıdır.
Tarama testleri toplum tarafından kabul görmelidir.
Testlerin seçiciliği ve hassasiyeti yüksek olmalıdır.
Maliyet etkin olmalıdır.
Tarama işlemi süreklilik arz etmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) meme, serviks ve kolorektal kanserlerde vakaların erken evrelerde yakalanması için toplum tabanlı tarama programlarının uygulanmasını önermekle birlikte bu çalışmaların bütüncül bir kanser kontrol programının parçası olması gerektiğini vurgulamaktadır.Birincil koruma olmadan mortalite yalnızca taramalarla düşürülemez. Birincil koruma, tarama ve riskli grupların sistematik olarak takibi mortaliteyi düşürür.

BAHAR ÜRÜN

Kanser Taramalarının Amacı Nedir?

Amaç tanı koymak değil, görünüşte sağlıklı olan (asemptomatik) kişilerde daha ileri yöntemlerle doğrulanmak üzere (varsa) pozitif bir bulguyu erken dönemde ortaya çıkarmaktır. Başarı taranan kanserde mortalite ve morbidite düşüşünün sağlanmasıdır.

Tarama Zamanı

Hastalıkların erken tanısında iki yol vardır. İleri hastalığın erken belirtilerini yakalamak, ikincisi ise hastalığın daha belirti vermediği kişileri yakalamaktır. Tarama programları ile yakalanan hastalığı taşıyan kişilerin iyileşmesi/ tedavisi ileri evre hasta olanlara göre hem daha kolay, hem de daha maliyet etkindir. Tarama testlerinin kesin tanı koydurucu olması gerekmez. Testler sonucunda pozitif ya da şüpheli olan vakaların daha ileri merkezlere yönlendirilerek daha detaylı tetkiklerinin yapılması esastır. Böylece tarama testleri ile kontrolden geçirilen toplum "kesin sağlamlar" ile "olası hastalar" şeklinde ikiye ayrılmış olur.

Tarama Şekilleri

Toplum Tabanlı Tarama: Belirli bir nüfus ya da bölgenin taramaya uygun hedef nüfusunun en az % 70'inin taranmasıdır.

Fırsatçı Tarama: Herhangi bir sebeple sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin taranmasıdır.

Ulusal Kanser Tarama Standartlarımız

Ülkemizde de Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği üç kanser türünde tarama yapılmaktadır.

WHO Bu programların her birinin organize olduğundan, yüksek kalitede olduğundan ve nüfuslarının en az %70'ine tarama sunabildiğinden emin olunmadan başka bir tarama prog.na geçilememesini önermektedir.

Meme Kanseri:

Kendi kendine meme muayenesi ;20 yaş üzeri ayda bir

Klinik meme muayenesi ;20 yaş üzeri 2 yılda bir ,40 yaş üzeri yılda bir

Mamografi; 40-69 yaş arası 2 yılda bir

Rahim Ağzı Kanseri :

HPV-DNA / smear testi ; 30-65 yaş arası kadın 5 yılda bir

Kolon Kanseri :

Gaitada gizli kan testi ; 50-70 yaş kadın & erkek 2 yılda bir yapılır. 10 yılda bir kolonoskopi önerilir.

2021 Avrupa komisyonu Kanserle Mücadele Planı

Meme, rahim ağzı ve kolorektal kanser taraması için AB nüfusunun % 90'ına 2025 yılına kadar tarama yapılması,

2030 yılına kadar HPV aşısıyla hedef kız nüfusunun en az %90'ını aşılama ve erkek çocuklarının aşılama oranını önemli ölçüde artırmak planlandı.

Meme Kanseri

Türkiye'de ve dünyada kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Ülkemizde insidansı 100.000'de 48,6'dır.(Tanı konulan her 4 kadın kanserinden biri meme kanseridir) Ülkemiz için ortalama tanı alma yaşı 53'tür. Tanı anındaki evre; meme kanseri mortalitesi, sağ kalım ve uygulanacak tedaviyi belirlemede en önemli faktördür. Erken teşhis ile 5 yıllık sağ kalım oranı %90-95 civarındadır.

40-49 yaş taraması neden tartışmalıdır? Bu yaş aralığında tümör, diğer yaşlara göre daha hızlı ilerler. Dolayısıyla belirsiz dönemden klinik açıdan belirtilerini oluşturduğu döneme kadar geçen süre kısadır.

Bu yaş aralığında duktal grade 3 karsinom daha sık görülür. O HALDE 40-49 YAŞ TARANMALIDIR

Meme Kanseri Risk Faktörleri

Yaş: Meme kanseri riski yaşla birlikte artar. Genel olarak meme kanseri 50 yaş sonrası tanı alır.

Cinsiyet: Her 100 kadına karşılık 1 erkekte meme kanseri gelişir.

Genetik faktörler: BRCA1 ve BRCA 2 gen mutasyonu varlığı.

Aile hikayesinin varlığı.

İlk adet yaşının erken olması (12 yaşından önce).

İlk gebelik yaşının geç olması (30 yaş sonrası).

Geç menapoza girme (55 yaş üstü).

Emzirme süresinin kısalığı.

Hormon içeren ilaçların kontrolsüz kullanımı.

Ulusal Meme Kanseri Tarama Standardı

Ulusal tarama standartlarına göre; 40-69 yaş arası kadınlarda, 2 yılda bir mamografi çekilmesi gerekmektedir.

Meme kanseri taramasında etkinliği kanıtlanmış, altın standart tarama yöntemi mamografidir.

Bu taramalarda, tarama yapıldıktan sonra bütün görüntüler merkezi olarak bir merkezde toplanıyor çift okuma oluyor. 2 radyolog birbirinden bağımsız okuyor. Eğer aralarında anlaşma varsa oluyor, aralarında anlaşma yoksa bu konuda daha tecrübeli üçüncü göze gidiyor. Ona göre karar veriliyor. Böylelikle yalancı pozitiflik azaltılıyor ikili okumada 25- 30 yıllık tecrübeli hekimler çalışıyor.

Klinik meme muayenesinde, (40 yaş üzeri yılda 1 kez klinik meme muayenesi); Her iki memenin inspeksiyonu, aksilla muayenesi ve supraklavikular muayene, memelerin palpasyonu, meme başı ve areolanın muayenesi mutlaka yapılmalıdır.

Kendi kendine muayenesinin, uzun dönem çalışma ve metaanalizlerde meme kanserinin mortalitesini düşürme etkisi gösterilememiştir. En önemli faydası meme kanseri farkındalığının artırılmasıdır. Pek çok tarama rehberinden tarama yöntemi olarak çıkarılmıştır. Klinik meme muayenesi, kesin olmasa da meme kanserlerinin sadece % 5-10'unun meme muayenesi ile gösterildiği hesaplanmıştır.

Amerika Kanser Derneği 2015 yılında meme muayenesini ortalama riskli her yaş kadın etkin olmadığını belirterek tarama programından çıkarmışlardır.

Serviks Kanseri

Serviks kanserlerinin neredeyse tamamı Human Papilloma Virus (HPV)'un belirli onkogenik tipleri ile oluşmaktadır.

HPV ile oluşan enfeksiyon tedavi edilmediği takdirde bazı yıllar içerisinde kansere dönüşebilmektedir.

Önlenilebilir bir hastalıktır.

Patogenezi tamamen aydınlatılmış bir hastalıktır.

Erken teşhis edildiğinde tedavi başarısı %100'e yakındır.

Genel olarak 10-20 yıl süren bir karsinogenez süreci vardır. Bu durum kansere dönüşecek olguların erken evrede tanınmasını sağlar.

Düzenli servikal taramadan geçen bir kadının serviks kanserinden ölmeyeceği söylenebilir. Hatta kadının hayat boyu 1 kez bile tarama yaptırması serviks kanserinden ölme ihtimalini %50 azaltabilmektedir.

Bir ülkede servikal kanserden ölen kadın sayısı o ülkenin sağlık hizmetleri yönünden gelişmişliği ve kadına verilen değer ile ters orantılıdır.

1 milyon taramada 37.515 HPV pozitif olgu yakalanmış, bunların 16.692'si onkogen gen içeriyor ve kolposkopiye yönlendirilmiş. Bu 16.692 kişiden sadece 3.499'una ait Patoloji sonuçları elde mevcut. Kolposkopiye gönderilenlerden sadece %25'e yakınının patoloji sonuçları mevcut. Yani 1 milyon kişiyi taramışız ancak taradıklarımızdan pozitif çıkanların yüzde sekseni kayıp. Bu vakalar nerede? Kolposkopiye gitmediler mi? Sonuçları hiç almadılar mı? Bilemiyoruz ama bu verilerle söyleyebileceğimiz 1 milyon taramadan 800 bini boşa yapılmış.

BAHAR ÜRÜN

HPV Tipleri

HPV'nin 200'den fazla tipi bulunmaktadır.

Bu tipler kanser yapma potansiyellerine göre yüksek riskli (high risk) ve düşük riskli (low risk) HPV tipleri olarak sınıflandırılırlar.

Serviks kanserinden sorumlu tutulan 13 HPV türü vardır.

Tip 16 ve tip 18'in serviks kanserlerinin yaklaşık %70'ine sebep olduğu bilinmektedir.

En sık görülen yüksek riskli HPV virüs tipleri: HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 45, HPV 52, HPV 58.

Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardı

Ulusal tarama standartlarına göre; 30-65 yaş arası kadınlarda, 5 yılda bir, HPV testi ve pap-smear ile gerçekleştirilir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında pap-smear ile yapılan toplum tabanlı serviks kanseri taramaları, Ağustos 2014 yılından itibaren HPV testi ile yapılmaya başlanmıştır.

Serviks Kanseri Tarama Süreci

HPV kitleri İl Sağlık Müdürlükleri tarafından temin edilmektedir.

Test istemi AHBS üzerinden laboratuvar sistemine kayıt edilmelidir.

Alınan numuneler toplanarak Ankara bulunan HPV laboratuvarlarına gönderilmektedir.

Kolorektal Kanseri

Görülme sıklığı açısından hem kadın hem de erkeklerde 3. sırada yer alır.

Tüm kanser vakalarının yaklaşık %10'unu oluşturur ve dünya çapında kanserle ilişkili ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir.

Çoğunlukla yaşlı bireyleri etkiler ve vakaların çoğu 50 yaş ve üzeri kişilerde görülür.

Kolon tümörleri yavaş büyür. Semptomatik hale geldiklerinde genellikle hastalık ileri evrededir.

Prognoz tanı anındaki evreyle ilişkilidir.

Tarama ve izlemin mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir.

Semptomsuz kişilerde toplumun bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanmasıyla erken evrede teşhis edilebilir.

Sıklığı erkeklerde yüz binde 24,8 iken kadınlarda yüz binde 14,7' dir. Bir yılda yaklaşık 18.750 kişiye kolorektal kanser teşhisi konulmuştur.

İşlenmiş etlerin yüksek tüketimi ve meyve ve sebzelerin düşük tüketimi, hareketsiz yaşam tarzı, obezite, sigara kullanımı ve aşırı alkol tüketimi gibi çeşitli yaşam tarzı faktörleri kolorektal kanserin gelişimine katkıda bulunur.

Yaş önemli çünkü yaş arttıkça mutlaka rastlanma olasılığı artıyor, yaş arttıkça atipizm oluyor yaş arttıkça tümör onkogenetik faktörler artıyor, yaş arttıkça mutajenite artıyor.

Ulusal Kolorektal Kanseri Tarama Standardı

50-70 yaş arası kadın ve erkeklerde, 2 yılda bir, gaitada gizli kan testi yapılması.

50 yaşından sonra her 10 yılda bir kolonoskopi ile inceleme yapılması önerilir.

Son iki gaitada gizli kan testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama sonlandırılır.

Yüksek riskli gruplarda tarama:

1. derece akrabalarında kolorektal kanser olanlarda,

Adenomatöz polip, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olan bireylerde taramaya 40 yaşında başlanır.

Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT)

Monoklonal antikolar kullanılarak gaitada hemoglobin varlığını göstermek amacıyla yapılmaktadır.

Testlerde kullanılan antijenler sadece insan hemoglobinine duyarlıdır.

Test öncesi diyet yapmaya gerek yoktur.

Gıdalarla alınan hayvan kaynaklı hemoglobinlerle reaksiyona girmez. Dolayısıyla yalancı pozitif sonuçlara yol açmaz.

GGK testi (-): 2 yıl sonra tekrar kolorektal kanser taraması

GGK testi (+): kolonoskopi

GGK testi (belirsiz): iki üç gün arayla en fazla iki kere test tekrarı

Toplum Tabanlı Kanseri Taraması Yapılan Merkezlerimiz

TSM

ASM

KETEM

İlçe Sağlık Müdürlüğü

SHM

Mobil Tarama Aracı

Halihazırda 368 KETEM'den 42'si mobil KETEM olarak hizmet vermekte 234'ü SHM'ler içerisinde yer almaktadır.

Tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde HPV ve GGK testleri yapılabilmektedir.

Kanser Randevu Sistemi

Aile hekimlerinin hedef nüfuslarındaki kişilere ulaşılabilmesi için başlatılmış bir uygulamadır.

Yazılım çalışmaları tamamlanmış ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri ile entegrasyonu sağlanmıştır.

Aile hekimleri tarafından randevu sistemine bildirim yapılan kişilere ait kayıtların listelenmesi, raporlanması ve kurumlara randevu plan çizelgesi oluşturulması gibi işlemler gerçekleştirilir.

Aile hekimleri kendi yazılım sistemlerine entegre edilmiş olan KRS ekranına girdikten sonra hedef nüfuslarını listeleyerek tarama merkezlerinden randevu alabilmektedir.

Tarama Testlerinin Reddi

Taramaya gelen bireylerin birçok konuda çekinceleri olabilir:

Mahremiyetime gereken özen gösterilir mi?

Ayıplanır mıyım?

Sonuç ne olur?

Ya kötü bir şey çıkarsa?

Kötü bir şey çıkarsa bana akılcı bir çözüm bulmamda rehberlik edilir mi?

Hedef gruptaki bireylere kanser taramaları konusunda bilgi verilmeli, kaygıları giderilmeye çalışılmalıdır.

BAHAR ÜRÜN

Birey tarama testlerini ısrarla reddederse: Kendi bilinçli kararı ile tetkiki yaptırmak istemediği konusunda imzalı beyanı alınır. Bir yıl sonra yeniden tarama yaptırmak üzere davet edilir.

Yasal Yükümlülük

Hekim mesleki uygulamalarından ötürü yasalar önünde sorumludur. Bu sebeple: Hedef yaş grubunuzu taramaya davet ediniz.

Kabul ve reddedenlere mutlaka onam formu doldurarak imzalatınız.

Kişi testin yapılmasını reddediyorsa bunu belirtmeli ve testi neden yaptırmak istemediğini yazmalıdır.

Her yapılan işlem mutlaka kaydedilmelidir (telefonla verilen bilgi ve danışmanlık dahil).

Tarama sonuçları AHBS'ye kaydedilip Sağlık-Net'e gönderilmelidir.

Özet

Meme kanseri taraması 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir mamografi ile yapılır.

Serviks kanseri taraması 30-65 yaş arası kadınlarda 5 yılda bir HPV testi yapılması ile yapılır.

Kolorektal kanser taraması 50-70 yaş arası kadın ve erkeklerde 2 yılda bir GGKT ile yapılır. Her 10 yılda bir de kolonoskopi önerilir.

Amaç hedef nüfusun en az %70'ine ulaşmak.

Kaynaklar

- 1.Schwartz SM. Epidemiology of Cancer. Clin Chem. 2024;70(1):140-149. doi:10.1093/clinchem/hvad202
- 2.Siegel RL , Giaquinto AN , Jemal A . Cancer statistics, 2024. CA Cancer J Clin. 2024; 74(1): 12-49. doi:10.3322/caac.21820.
- 3.National Cancer Institute. Joinpoint Regression Program, Version5.0.2. Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute; 2023.
- 4.World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (2018). Diet,nutrition, physical activity and cancer: a global perspective (the Third ExpertReport). Continuous Update Project Expert Report 2018.
- 5.World Health Organization. (2018). Global adult tobacco survey (GATS) Fact sheetChina. Available from URL: https://www.who.int/docs/default-source/wpro—documents/countries/China/2018-gats-China-factsheet-cn-en.pdf?sfvrsn=3f4e2-da9_2.
- 6.A short guide to cancer screening Erişim Tarihi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351396/9789289057561-eng.pdf?sequence=1>
- 7.Guide To Cancer Early Diagnosis Erişim Tarihi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1>
- 8.Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2018. Erişim Tarihi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf
- 9.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları Erişim Tarihi: <https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/7-kanser-erken-teshis-tarama-ve-egitim-merkez-ketem-faaliyetleri.html>
- 10.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013 – 2018 Erişim Tarihi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari.html>
- 11.U.S. Preventive Services Task Force.Screening for colorectal cancer:U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. AnnIntern Med 2008;149:627–37.

BURAK BİLGİN

Onkolojik İlaçların Hematolojik Etkileri

Doç. Dr. Burak Bilgin

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji

Giriş:

Onkoloji alanında kullanılan ilaçların hematolojik etkileri sıklıkla karşılaşılan yan etkilerdir. Bu etkiler arasında nötropeni, anemi, trombositopeni gibi ciddi durumlar bulunmaktadır. Tedavi sırasında bu yan etkilerin takibi, komplikasyonların önlenmesi ve doğru tedavi uygulanması açısından oldukça önemlidir. Bu bölümde çeşitli onkolojik ilaçların hematolojik etkileri ve bu etkilerle başa çıkmak için kullanılan stratejiler açıklanmaktadır.

Nötropeni

Nötropeni, kemoterapiye bağlı olarak nötrofil sayısının düşmesi durumudur. Nötrofil sayısının azalması enfeksiyon riskini artırır ve febril nötropeni gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Nötropeni dereceleri şu şekildedir:

Grade 1: Nötrofil sayısı 1500-2000 hücre/mm³

Grade 2: Nötrofil sayısı 1000-1500 hücre/mm³

Grade 3: Nötrofil sayısı 500-1000 hücre/mm³

Grade 4: Nötrofil sayısı 500 hücre/mm³'ün altında

Febril nötropeni (FEN), nötrofil düzeyinin 500/mm³ altına düşmesi ya da 500-1000/mm³ aralığında olup 48 saat içinde 500/mm³ altına inmesi beklenen durumlarda oluşur. Febril nötropeni onkolojik tedavilerde önemli bir doz sınırlayıcı toksisitedir. Nötropeni nedeniyle kemoterapi dozu azaltılabilir veya tedavi geciktirilebilir, bu da sağkalım oranını düşürebilir.

Kemoterapiye Bağlı Nötropeni ve Komplikasyonları

Kemoterapiye bağlı nötropeni, kemoterapinin neden olduğu myelosupresyon sonucu ortaya çıkar. Bu durum, aşağıdaki komplikasyonları doğurabilir:

Kemoterapi gecikmesi ve doz azaltılması: Kemoterapi dozunun azaltılması tedavi etkinliğini düşürebilir.

Azalmış doz yoğunluğu: Kansere hücrelerine karşı tedavi etkinliği azalır.

Komplikasyonlar ve uzamış yatış: Nötropeni nedeniyle hastanede kalış süresi uzar.

Azalmış sağkalım: Bu komplikasyonlar hastanın sağkalımını etkileyebilir.

Febril Nötropeni

Kemoterapi sonrası febril nötropeni gelişen hastalarda hızlı ve etkin tedavi gereklidir. Febril nötropeni yönetimi, ateşin kaynağını belirlemek ve enfeksiyon riskini azaltmak için hastanın kapsamlı değerlendirilmesini içerir. Febril nötropeniye neden olan bazı kemoterapötik ajanlar şunlardır:

Alkilleyici ajanlar: Siklofosfamid gibi alkilleyici ajanlar DNA'ya çapraz bağlanmalar oluşturarak replikasyonu durdurur ve hematopoietik kök hücrelerde toksisiteye neden olur.

Antimetabolitler: Metotreksat ve 5-FU gibi ajanlar DNA ve RNA sentezini engeller ve hücre döngüsünde S fazında hücreleri bloke ederek kemik iliği hücrelerinin proliferasyonunu baskılar.

Topoizomeraz inhibitörleri: Etoposid ve doksorubisin gibi ilaçlar DNA'nın çözülmesini ve replikasyonunu engeller, doğrudan hematopoezi etkiler.

Mitotik inhibitörler: Vinkristin ve paklitaksel gibi ajanlar mikrotübül polimerizasyonunu engelleyerek hücre bölünmesini bozar ve hematolojik yan etkilere neden olur.

Hedef Tedaviler

Bazı hedef tedaviler de hematolojik yan etkilere yol açabilir. Bu ilaçlar ve yan etkileri şu şekildedir:

Tirozin Kinaz İnhibitörleri: Hematopoietik progenitör hücrelerde sinyal yolaklarını baskılar.

Monoklonal Antikorlar: Otoimmün aktivasyonu artırabilir.

CDK4/6 inhibitörleri: Hücre döngüsü fazlarını hedefleyerek hematopoietik kök hücrelerde proliferasyonu baskılar.

İmmunoterapi: Otoimmün aktivasyon ve sitokin fırtınasına yol açarak kemik iliği baskılanmasına neden olabilir.

Febril Nötropeni Yönetimi

Febril nötropeni yönetiminde hastanın yaşamsal bulguları dikkate alınarak, komorbiditeler değerlendirilmeli ve enfeksiyon odağı araştırılmalıdır. **MASCC (Multinational Association of Supportive Care in Cancer) Skorlama Sistemi** ile nötropenik hastaların riski belirlenir. MASCC skoru 21'in üzerinde olan hastalar düşük riskli kabul edilirken, 15'in altında olan hastalarda mortalite oranı %36'ya kadar çıkabilir.

Yüksek riskli febril nötropenik hastalarda hastane yatışı ve damardan antibiyotik tedavisi gereklidir. Düşük riskli hastalar içinse ayaktan tedavi veya kısa süreli hastane yatışının ardından dışarıdan takip önerilir.

Sekonder G-CSF Tedavisi

G-CSF (granülosit koloni uyarıcı faktör) nötropenin önlenmesi veya düzeltilmesi için kullanılan bir tedavidir:

Filgrastim: Günlük 5 mcg/kg dozunda uygulanır ve nötrofil sayısı normale dönene kadar sürdürülür.

Peg-Filgrastim: Kemoterapiden sonraki gün 6 mg tek doz olarak uygulanır ve bir sonraki kemoterapi döngüsünden en az 12 gün önce yapılmalıdır.

Yan Etkiler

G-CSF tedavisi sırasında bazı yan etkiler görülebilir:

Alerjik Reaksiyonlar: Cilt döküntüsü, ürtiker, yüz ödemi, nefes darlığı, hipotansiyon ve anafilaksi.

Bleomisin İçeren Rejimler: Akciğer toksisitesi.

Nadir Etkiler: Dalak rüptürü, akut solunum sıkıntısı sendromu, alveolar kanama, miyelodisplastik sendrom (MDS) ve akut myeloid lösemi (AML).

Anemi

Kemoterapi alan hastalarda anemi gelişimi sıklıkla görülür. Anemi dereceleri şu şekildedir:

Grade 1: 10 g/dl – alt limit

Grade 2: 8-10 g/dl

Grade 3: <8 g/dl ve transfüzyon ihtiyacı

Grade 4: Hayati tehdit eden durum

Kanser ilişkili anemi genellikle IL-6 ve hepsidin üretimine bağlı olarak gelişir. Tedaviye bağlı anemi, kanama, hemoliz, beslenme eksikliği ve demir eksikliği gibi nedenlerden kaynaklanabilir.

BURAK BİLGİN

Trombositopeni

Kemoterapiye bağlı trombositopeni, trombosit sayısının $100 \times 10^9/L$ 'nin altına düşmesi ile tanımlanır:

Derece 1: $75-100 \times 10^9/L$

Derece 2: $50-75 \times 10^9/L$

Derece 3: $25-50 \times 10^9/L$

Derece 4: $25 \times 10^9/L$ 'nin altında

Trombosit Transfüzyonu: Trombosit sayısı $10.000/mm^3$ 'ün altına düştüğünde veya ateş ve kanama gibi ek durumlar olduğunda $20.000/mm^3$ altında transfüzyon yapılması önerilir.

Özet

Onkolojik tedavilerde sık görülen hematolojik yan etkiler nötropeni, anemi ve trombositopenidir. Tedavi süresince hematolojik yan etkilerin doğru yönetimi hastanın sağkalımını ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyebilir. Özellikle febril nötropeni durumunda hızlı antibiyotik tedavisi, nötropeni tedavisinde G-CSF kullanımı, semptomatik anemide ES transfüzyonu ve trombosit sayısı kritik seviyelerdeyken trombosit transfüzyonu gereklidir.

EMİN FATİH VIŞNECİ

AKILCI İLAÇ KULLANIMI – AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Dr.Öğr.Üyesi Emin Fatih Vişneci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Akılci ilaç ilaç kullanımı her geçen gün önemi artan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyada ve kolayca sağlayabilmeleri akilci ilaç kullanımı olarak tanımlanmaktadır. İlk defa 1985 yılında Kenya'nın Nairobi kentinde düzenlenen Dünya Sağlık rgt (DSÖ) toplantısında ilaç kullanımının akilci bir çerçevede olması gündeme getirilmiştir. Enfeksiyon hastalıklarının yaygın bir halk sağlığı problemi olması nedeniyle akilci antibiyotik kullanımı akilci ilaç kullanımı içerisinde önemli bir başlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca yeni antibiyotik üretiminin kısırlaşması ve antibiyotik direncinin giderek artması akilci antibiyotik kullanımı konusunu daha da önemli hale getirmiştir.

Antibiyotik ve Direnç

Antibiyotik kelime anlamı olarak hayatı durduran demektir. Bakterileri öldürerek çoğalmasını önleyen maddelere antibiyotik denir. İlk antibiyotik olarak kabul edilen penisilin keşfi Sir Alexander Fleming tarafından 1928' de yapılmıştır. Bakterilerin neden olduğu enfeksiyon hastalıklarında hastalık süresini kısaltıp mortaliteyi belirgin ölçüde azaltarak kurtarıcı bir ilaca dönüşmüştür. Takibinde yapılan çalışmalarda ardı ardına yeni antibiyotikler keşfedilerek 1960'lara kadar her yıl yeni bir antibiyotik kazanılmıştır. Bu yüzden 1940 ile 1960 yılları arası 'Antibiyotiklerin Altın ağı' olarak isimlendirilmiştir. Ancak takip eden yıllarda yeni bulunan antibiyotik sayısı oldukça azalmış buna karşın uygunsuz kullanımlar sonucu bu ilaçlara giderek artan bir direnç durumu söz konusu olmuştu.

Dünyada ve ülkemizde durum

Dünya da dirence bağlı yılda 700 bin kişinin kaybedildiğini ve bu şekilde giderse 2050 yılında yıllık 10 milyon hayat kaybının yaşanacağı tahmin edilmekteydi. Dirençli mikroorganizmaların oluşturduğu enfeksiyon hastalıklarında hastanede yatış, mortalite ve maliyetler belirgin ölçüde artmış olduğu görülmekteydi. Türkiye de direnç gelişimi ve antibiyotik kullanımı yüksek olan ülkelerden birisi idi.

Antibiyotiklerin yanlış kullanımı sonucu gelişen direnç gün geçtikçe önemli bir problem haline geliyordu. Bu yanlış kullanım örnekleri arasında; antibiyotiklerin viral enfeksiyonlarda gereksiz kullanımı, ilaç dozlarının erken kesilmesi – tedavi uyumsuzluğu, hastaların antibiyotiksiz tedavinin başarısız olacağı algısı ve hekimleri antibiyotik yazması yönünde zorlaması, ampirik antibiyotik uygulamaları gibi nedenlerle antibiyotik direnci giderek artmaktaydı. Tüm dünyada yaşanan benzer gelişmeler enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde başarısızlık, tedavi seçeneklerinin azalması ve enfeksiyona bağlı kayıplar antibiyotik direnci konusunu en önemli halk sağlığı sorunu haline getirmişti. Bu durum DSÖ'n harekete geçirmiş 2015' te antibiyotik direnci başta olmak üzere antimikrobiyal direnç ile mücadele için tüm ülkelerin katkılarıyla 'Küresel Antimikrobiyal Direnç Eylem Planı' onaylanmıştır. Tüm ülkelerin bu plan çerçevesinde üzüm hazırlaması için 5 ana hedef belirlenmiştir;

- Etkili iletişim, eğitim ve ğretim yoluyla antimikrobiyal direnç konusunda farkındalık ve bilinç oluşturması
- Srveyansların güçlendirilerek srveyans ve araştırmalarla kanıta dayalı bilgilerin desteklenmesi
- Etkili sanitasyon, hijyen ve enfeksiyon kontrol önlemleriyle enfeksiyon insidansının azaltılması
- İnsan ve hayvan sağlığı için antimikrobiyal kullanımının optimize edilmesi
- Yeni ilaçlara teşhis araçlarına aşılara ve diğer müdahaleler için ekonomik destek ve sürdürülebilirliğin sağlanması

Türkiye de bu süreçte ulusal plan için çalışmalar yapmıştır. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı tarafından Türkiye'de 2010-2050 yılları arasında direnç sebebiyle oluşacak ekonomik kaybın boyutu ile ilgili bir analiz yapılmıştır. Bu analize göre Türkiye'nin mevcut direnç seviyesinin yıllar içerisinde koruması halinde, 2010'dan başlayarak ekonomiye etki edecek toplam zarar 220 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Bu zararın, nlem alınamaması ve direnç oranlarının artması halinde gözlemlenebilecek olan kötümser senaryoda ise, 1,4 trilyon dolara ulaşacağı tahmin edilmiştir. Bu nedenle Antibakteriyel direnç gelişiminin yavaşlatılmasına katkı sağlamak amacıyla Türkiye'de 2014 yılında uygulamaya konulan "Akilci İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017" kapsamında antibiyotiklerin akilci kullanımının sağlanması öncelikli faaliyet alanı olarak belirlenmiştir.

Neler yapılmalı?

Antibiyotik direnci ve yeni antibiyotik üretiminde kısıtlılıklar nedeniyle sorun ülkelerin ve dünyanın ciddi bir problemi olduğundan akilci ilaç kullanımında olduğu gibi akilci antibiyotik kullanımında da sorumluluk çok taraflı paylaşılmalı ve taraflar arası uyum olmalıdır. Taraflar başlıca hekim, eczacı, hemşire-sağlık personeli, hasta-hasta yakını, üretici, düzenleyici otorite medya ve akademiyi kapsamalıdır. Taraflar arasında ortak yol haritası oluşturularak aynı doğrultuda eylem planlamaları sağlanmalıdır.

Hekim ve eczacı en ön safta yer aldıkları aralarındaki uyum daha fazla önem arz etmektedir. Hekim tarafından yazılan ilacın gerekliliği, dozu, kullanım süresi ve kullanmadığında ya da gereğinden fazla-uzun kullandığında oluşacak sakıncalar hasta ve/vaya yakınına dikkatlice anlatılmalı anladığının teyidi yapılmalıdır. Ancak bilimsel olarak eşdeğerlilik almış ilaçlarla ilgili bilimsel olmayan açıklamalardan da uzak durulmalıdır. Eczacı hekimin önerdiği tedavinin başarılı olabilmesi için uygulama ve kullanım yönünden destek olmalı, hekimin uyarılarını tekrar etmeli, hasta ve/veya hasta yakınına anladığından emin olmalıdır. Hastane yatışlarında aynı hassasiyeti hemşire-sağlık personeli sergilemelidir. Hasta-hasta yakını tedavi gerekliliği ve dikkat edeceği konular hususunda ikna edilmelidir. Bu sayede tedavi uyumsuzluğuna bağlı oluşacak direnç mekanizmalarının baştan önüne geçmiş olacaktır.

Yapılan srveyans çalışmaları, bölgesel farklılıklar-klavuzlar ve basamak tedavisi nerileri otorite tarafından üreticilerle paylaşılmalı ve işbirliği sağlanmalıdır. Otorite ve medya işbirliği ile toplumun bilinçlendirilmesi ve farkındalığının artırılması için ortak planlamalar yapması da işleyişi ve taraflar arasındaki uyumu oldukça kolaylaştırıcı bir zemin hazırlayacaktır.

Akademi ise akilci ilaç ve antibiyotik kullanımının uzun vadeli sonuç verecek en önemli basamaklarından. Yeni hekimlerin evre ve üretici bilgilendirmelerinden önce tıp eğitiminin son aşamalarında uygulamalı olarak klavuzlara uygun farmakoloji bilgisi ve reçete yazma hususunda ciddi bir eğitim almaları elzemdir. Bu kalıcı akilci ilaç kullanımı açısından en önemli aşamadır, çünkü ilk öğrenilen ve alışkanlık haline gelen davranışlar çok uzun süreli olacaktır. Ardından mesleğin icrası esnasında aralıklı olarak bu eğitimlerin tekrarlanması gerekmektedir.

Akilci ilaç kullanımının takibi açısından ilaç bilgi sistemlerinin efektif kullanılması gerekmektedir. Buradan elde edilen veriler bölgesel kurumsal ve kişisel bazda geri dönüşlerle hekimin kurumun ve bölgenin akilci ilaç kullanım durumu analiz edilip sorunlar ve alınacak önlemler analiz edilebilir. Bu verilerin sağlıklı analiz edilebilmesi işin doğru tanı girişinin daha fazla önemsenmesi ve e-reçete kullanımının artırılması gerekmektedir. Reçete bilgi sisteminin geri bildirimleri ve 2014-2017 ulusal eylem planı sayesinde antibiyotik kullanımı eskiye göre azalsa da bu konuda takiplere devam edilmelidir. Reçete bilgi sistemi verileri ile aksayan ve eksik kalan aşamalar tespit edilerek soruna yönelik gerekli düzenlemeler yapılabilir.

Kısa videoların çok popüler olduğu günümüzde otorite-medya işbirliği ile toplumun tüm kesimlerine özellikle de ilk ve ortaėėretim öğrencilerine etkili kısa videolar hazırlanarak yeterli bilinç seviyesinin oluşturulması gereklidir. Bir komşunun anlattıkları toplumsal bilinç gerçeğimizi ortaya koyuyor. Suriye savaşı ve g dalgası ile beraber toplumumuz seferber olmuş sınır bölgelerine her türlü yardımın yanında sosyal gruplarda çağrılarla evde kullanılmayan ilaçları da gönderelim diyerek kısa sürede birkaç mahalleden bir tır dolusu ilaç temin edebilmesi toplumumuzun kadirşinaslığı yanında verilen tedavinin ve dozun tamamlanması gerektiği bilincinin kısıtlılığını da göstermekteydi. Takibi yapılamayacak olduğundan bu ilaçların boşa gitmiş olması geri kazandırılmıyor olması da üzerine düşünülmesi gereken bir olaydı. Hasta vefatı, tedavinin hekim tarafından sonlandırılması gibi nedenlerle elde kalan uzun süreli ve raporlu olarak yazılan ilaçlarının geri kazandırılması da bir proje gerektirebilir. İhtiyaç olabilir, arkadaşı fayda görmüş ve benzeri yanlış bilinen durumlar ve alışkanlıklar nedeniyle antibiyotik yazılması ısrarından vazgeçirecek eğitici videoların hazırlanması gereklidir. Antibiyotiksiz geçmez diye birçok viral hastalığa antibiyotik yazılması ısrarı veya tam tersi antibiyotik karşıtlılığının da etkili bir şekilde ele alınacağı kısa videolar ve her türlü yayının da yapılması gerekmektedir.

EMİN FATİH VIŞNECİ

Sonuç olarak akılcı antibiyotik kullanımı mortalite morbidite ile bağlantılı, tüm dünyayı ilgilendiren bir sağlık uygulaması olduğu aşikardır. Eş zamanlı olarak milli servetin boşa gitmemesini de sağlayacaktır. Sürveyans çalışmaları ile koordineli ülkesel ve bölgesel çalışmalara önem verilmesi, reçete bilgi sistemleri ile uygulamaların takip edilmesi, halkın ve hekimlerin konuyla ilgili bilgi ve bilinç düzeyinin canlı tutulması sağlığımız ve ekonomimiz açısından katkı sağlayacaktır.

Referanslar:

1. Erişkin Hastada Akılcı İlaç Kullanımına Akılcı Yaklaşım TİTCK, 2020/Ankara
2. Katz L., Baltz RH. Natural product discovery: past, present, and future. J Ind Microbiol Biotechnol. 2016;43(2-3):155-176. doi:10.1007/s10295-015-1723-5.
3. Goossens H., Ferech M., Vander Stichele R., Elseviers M.; ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet. 2005;365(9459):579-587. doi:10.1016/S0140-6736(05)17907-0.
4. World Health Organization (WHO). Antimicrobial resistance: Global Report on Surveillance 2014. ISBN 978 92 4 156474 8.
5. World Health Organization (WHO). WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance. WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2

FATİH EKİCİ

Onkoloji Hastalarında Yaşama Dair Destek: Psikiyatrik Durumlar, İntihar Davranışı ve Krize Müdahale

Fatih EKİCİ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Onkoloji hastalarında psikiyatrik değerlendirme yaparken hastayı benzersiz koşulları bağlamında anlamak ve ele almak, tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında oldukça önemli görünmektedir. Hastanın içinde bulunduğu durumu anlamak için hastanın formüle edilmesi gerekliliği psikiyatrik değerlendirmenin her aşamasının vazgeçilmez bir unsuru olarak ele alınır¹. Heterojen doğada olan ruhsal sorunlar ve bozukluklar kanser tanısıyla birlikte daha da karmaşık hale gelir. Çünkü her hastanın içinde bulunduğu durum, sorunları ve ihtiyaçları benzersiz görünmektedir. Bu bağlamda kanser tanısı alan hastaları biyopsikososyal açılardan değerlendirmek psikiyatrik yaklaşımın temelini oluşturur. Özellikle son dönemde kanser hastalarında daha da ön plana çıkan spiritüel ve kültürel değerlendirme hastanın anlaşılması için formülasyona dahil edilmelidir². Kişinin maneviyat düzeyi; ölüm kabullenmesine ya da varoluşsal kaygılar yaşamasına, geçmişle hesaplaşırken suçluluk günahkarlık duygularının ve anksiyetenin ortaya çıkışıyla ilişkili olabilir³.

Kanser tanısı alan hastalarda, tüm aşamalarda hastalık ve tedavi ile ilgili çoklu stres faktörleri vardır. Hastalığın evresi, prognozu, türü, tedavinin getirdikleri, semptom profili, doğrudan stresörler ve nörobiyolojik faktörler olarak ruhsal hastalıklarla ilişkilidir. Diğer yandan kişinin kişilik özellikleri, başatma becerileri, maddi durumu ve kişisel gelişimi ile ilgili psiko-sosyo-kültürel ve spiritüel alanlarda ortaya çıkan faktörler hastanın ruhsal tepki ve bozukluklar geliştirme potansiyelini belirler. Bu akut, kronik veya tekrarlayan stresörlere verilen psikolojik tepki, normatif sınırdan major depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğuna kadar psikiyatrik bozukluklar bir spektrumu içerir. Bu iki uçta doğrudan stres bağlamında ortaya çıkan uyum bozuklukları bulunur⁴. Diğer yandan hastalıkla birlikte yaşanan kayıplar (sağlığın, uzuvların, işin, statünün, sosyal rollerin, işlevselliğin kaybı) yas tepkilerini ortaya çıkarabilir. Tedaviler doğrudan ruhsal semptomlara yol açabilir ya da protokoller travmatik deneyimler olarak algılanabilir. Tedaviler ve hastalığın doğası aynı zamanda nörobiyolojik mekanizmalar aracılığıyla duygudurum belirtilerinden psikoz belirtilerine kadar oldukça çeşitli sendromlara yol açabilir⁵.

Uyum bozuklukları kanser hastalarında en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluktur. Yapılan çalışmalar kanser tanısı alan hastalarda uyum bozukluğu tanısının genel popülasyona göre on kat daha yaygın görüldüğünü bildirmektedir. Uyum bozukluğu kanser tanısı alan hastalarda kanserin seyrine ve semptom yüküne bağlı olarak farklı şiddette görülebilir. Yoğun stres ile ortaya çıkan hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aks düzensizlikleri; otonom sinir sistemi, bağışıklık sistemi ve nörotransmitter transmisyonunda değişikliklere yol açarak uyum bozukluğu belirtilerini ortaya çıkarabilir. Diğer yandan bu değişikliklere ikincil olarak yapısal beyin değişiklikleri görülebilir⁶. Geçmiş stres faktörleri ile baş etme becerileri, yüksek benlik saygısı ve anlam duygusunun korunması uyum bozukluğu geliştirme riskini azaltan önemli faktörlerdir. Ayrıca fiziksel aktivite ve sosyal entegrasyon içeren müdahaleler uyum bozukluğu tanısı alan hastalar için müdahale alanları olarak dikkate alınmalıdır. Uyum bozuklukları tedavisinde stres etkenlerinin şiddetini azaltmak, sosyal desteği arttırmak, baş etme becerileri üzerine çalışmak temel müdahale alanlarıdır. Hastaların bir kısmında farmakoterapi ve psikolojik tedaviler gündeme gelebilir⁷. Özellikle yan etkisi az olan seçici serotonin geri alım inhibitörleri tedavide güvenle kullanılabilir. Kanser tanısı ile birlikte doğrudan hastalığın bir sonucu olarak kayıp yaşantıları ortaya çıkabilir. Kanser tanısı ile birlikte beden imajında ve kimlikte, uzuvlarda, cinsellikte, sosyal rollerde, finansal durumlarda ve beklentilerde yaşanan kayıplar yas reaksiyonlarını ortaya çıkarabilir. Bütüncül bir ruhsal değerlendirme yaparken hastanın yas reaksiyonu gösteriyor olma ihtimalini akıldan çıkarmamak ve tanı sürecinde dikkate almak önemli görünmektedir⁸.

Hastalıkla birlikte ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler depresif belirtilerin ortaya çıkmasına ve sendromik düzeyde depresyon gelişmesine yol açabilir. Kanser hastalarında depresyon gelişmesi halinde hastanın yaşam kalitesinin düştüğü, hastanede yatış sürelerinin uzadığı, tedavi uyumunun azaldığı, intihar davranışı ve mortalite riskinin arttığı bilinmektedir. Tüm bu durumlar depresif semptomların başlamasını ve şiddetlenmesini önlemek için hızlı ve etkin müdahalelerin önemini arttırmaktadır. Kanser hastalarında depresif belirtilerin prevalansını kanserin türü, evresi, hastalık yükü, geçmişte ruhsal bozukluk varlığı gibi birçok faktörün etkilediği bilinmektedir⁹. Özellikle pankreas kanserleri, baş boyun kanserleri ve akciğer kanserinde depresif belirtilerin oldukça yaygın görüldüğü bildirilmektedir. Kanser tanısı alan yaklaşık her dört hastadan birinde sendromik düzeyde depresyon bulunduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır¹⁰. Bu yüksek yaygınlık oranları dikkate alındığında kanser hastalarında depresyon taramasının rutin hasta bakımının bir parçası olması gerektiği önerilmektedir. Kanser hastalarında ortaya çıkan vejetatif belirtiler depresyon belirtileri ile sıklıkla örtüştüğünden kapsamlı bir değerlendirme ile duygudurum semptomlarının varlığına odaklanmak gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Özellikle geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü olan, sosyal desteği az olan, uyumsuz baş etme stratejisi kullanan hastalar ile kansere bağlı ciddi fiziksel belirti yaşayan hastaların depresyon riski altında olduğunu akıldan tutmak önemli görünmektedir. Depresyon tanısı alan kanser hastalarında kapsamlı bir tedavi planlamak için kanserin prognozu, hastalık süreci, fiziksel semptom varlığı ve şiddeti, eşlik eden diğer stress etkenleri gibi faktörlerin hastanın formülasyonuna dahil edilerek kişiselleştirilmiş bir tedavinin planlanması önerilmektedir. Hastalık düzeyine ulaşmayan depresif belirtiler için farmakolojik tedavinin etkinliği belirsiz olsa da depresyon tanısı alan hastalarda farmakolojik tedavi gündeme alınabilir. Özellikle yan etkileri az ve güvenlik profili geniş olan yeni nesil antidepresanlar depresyon tedavisinde oldukça etkili görünmektedir¹¹. Psikoeğitim, bilişsel davranışçı tedavi, problem çözme terapisi gibi psikolojik tedaviler uygun hastalarda tedavi seçenekleri olarak gündeme alınabilir¹².

Anksiyete; bireyi potansiyel tehdit ve tehlikelere karşı savunmaya hazırlamak için ortaya çıkan bir tepki olsa da kanser hastalarında işlevsellikte bozulmaya yol açarak bozukluk düzeyine ulaşabilir¹⁰. Hastalığın kendisi ve sonuçları, tedavi protokolleri hastanın anksiyetesini şiddetlendirebilir. Yoğun anksiyete kaçınma davranışlarına yol açarak hastanın tedavisini aksatmasına sağlıklı kararlar vermesine engel olabilir. Diğer yandan anksiyete belirtileri hastalık belirtileri ile örtüşerek hastanın gereksiz tetkik ve müdahalelere maruz kalmasına yol açabilir. Anksiyete bozuklukları yukarıda bahsedilen olumsuz sonuçları nedeniyle hızlı ve etkili müdahaleleri hak eder¹³. Kısa süreli ve şiddetli anksiyete belirtileri için benzodiyazepinler yararlı olabilir. Devam eden anksiyete semptomları için seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve serotonin nöradrenalin geri alım inhibitörleri güvenle kullanılabilir. Anksiyete belirtilerine ek olarak iştah ve uykuyu kalitesini iyileştiren ve bulantı kusma şiddetini azaltan mirtazapin diğer bir antidepresan seçeneği olarak akıldan tutulabilir. Psikososyal müdahaleler ve maruz bırakmalar gerçekçi kaygılar için tedaviye dahil edilebilir¹⁴.

Kanser hastalarında oldukça yaygın görülen bir diğer durum deliryum tablolardır. Bilinç, dikkat, bellek bozuklukları ile ani bir şekilde başlayan gün içerisinde dalgalanmalarla seyreden deliryum, kanser hastalarında mortalite ve morbiditenin artışıyla doğrudan ilişkilidir. Deliryum kliniği ağır gibi fiziksel semptomların tanınmasını zorlaştırır. Kanser tanısı ile hastanede yatan hastalarda % 25-40 oranları arasında, terminal dönemdeki hastaların ise yaklaşık % 85'inde deliryum tablosunun ortaya çıktığı bildirilmektedir¹⁵. Artmış mortalite ve morbidite riski nedeniyle erken tanınması ve tedavisi oldukça önemli görünmektedir. Deliryum tanısı alan hastalarda yeterli sıvı ve gıda alımının sağlanması, elektrolit bozukluklarına müdahale edilmesi, erken mobilizasyon, uyku uyandırma ritminin düzenlenmesi ve oryantasyonu sağlamak amacıyla yapılan hatırlatmalar tedavinin temelini oluşturur. Deliryum tanısı alan hastalarda görülen ajitasyon durumlarında fiziksel kısıtlama yapmaktan olabildiğince kaçınmak ve gerekli hallerde haloperidol tedavi başta olmak üzere antipsikotik kullanımı gerekli olabilmektedir¹⁶. Son dönemde deliryumu önlemek amacıyla melatonin türevleri çalışılsa da profilaksi amacıyla kullanılabilmesi için daha fazla kanıtı ihtiyaç bulunmaktadır¹⁷.

Kanserli hastalarda intihar riskinin değerlendirilmesi psikiyatrik değerlendirmenin kritik bir parçası olarak gündeme gelmektedir. Nitekim kanser tanısı alan hastalar genel popülasyona göre daha yüksek intihar riski altında görünmektedir. İntihar davranışı geçici bir ölme arzusundan tamamlanmış intiharlara kadar oldukça geniş bir yelpaze altında değerlendirilmektedir. İntihar riskinin erken ve dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi, yüksek riskli kanser hastalarına uygun müdahalenin ilk adımıdır ve genellikle intiharı önleyebilir. Bununla birlikte, sağlık uzmanları, hastaların umudunu azaltma veya duygusal tartışmaları kışkırtma korkusu nedeniyle intihar riski değerlendirmesi yapmaktan veya ölmek isteme ifadelerine yanıt vermekten çekinebilirler. Yine de, intihar düşünceleri hakkında soru sormanın intihar eylemlerini artırdığı efsanesini destekleyecek hiçbir klinik araştırma kanıtı yoktur. Aslında, bu tür çekinceler, hastaların sıkıntıları ve ölüm üzerinde kontrol sahibi olma ihtiyaçları kabul edildikten sonra bir rahatlama duygusu ve intihar dürtülerinin azaldığı bildirimlerine ters düşmektedir¹⁸. İntihar için kapsamlı bir psikolojik değerlendirme ve yetkin müdahale, kanser hastalarına sıkıntı ve ıstıraptan büyük bir rahatlama sağlayabilir ve sonuçta hayat kurtarabilir. Teknik ve modaliteden bağımsız olarak intihara yönelik tüm tedavilerin, intihar risk faktörlerine dikkat edilerek yapılması gerektiği bildirilmektedir. Bu tartışmalara uygun bir terapötik yanıt, empati, aktif dinleme, gerçekçi beklentilerin yönetimi, psikolojik sıkıntıyı tartışma izni ve uygun olduğunda diğer profesyonellere saygı göstermeyi içermelidir. İlk müdahale, yakın riskin belirlenmesine ve hasta güvenliği için gerekli plan ve düzenlemelerin yapılmasına odaklanmalıdır. Uygun müdahaleler, ağır intihara meyilli hastalar için psikiyatrik hastaneye yatış, intihar önleme kaynaklarının kullanımı, hap veya silah gibi potansiyel araçlara erişimin sınırlandırılması ve ailenin veya arkadaşların hastanın izlenmesine katılımını içerebilir. Orta ila yüksek intihar riski olan hastalarda kullanılacak bir yöntem, bir intihar güvenliği planı geliştirmektir. İntihar davranışının altında yatan psikiyatrik durumun değerlendirilmesi ile birlikte 23 antidepresan ilaçlar, destekleyici psikoterapi, bilişsel-davranışçı teknikler gibi tedaviler uzun vadede gündeme gelmelidir¹⁹.

FATİH EKİCİ

Sonuç olarak kanser tanısı alan hastalarda ruhsal bozuklukların ve intihar davranışının oldukça yaygın görüldüğü bildirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında kanser tanısı alan hastalarda ruhsal bozukluklar ve intihar açısından rutin tarama ve değerlendirilme yapılması önerilir. Hastaların ezici acı ve ağrılarını her türlü müdahalenin yapılacağı; bakımın sürekli, kapsamlı ve kordineli olacağı; hastalık süresince hekimin gereken bütün müdahaleleri yapacağı konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmesi tedavinin her aşamasında ruh sağlığı uzmanının sürece dahil edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Engel, G. L. (1979). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *General hospital psychiatry*, 1(2), 156-165.
- Gabbard, G. O., & Kay, J. (2001). The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1956-1963.
- Abu Khait, A., & Lazenby, M. (2021). Psychosocial-spiritual interventions among Muslims undergoing treatment for cancer: an integrative review. *BMC Palliative Care*, 20, 1-22.
- Lu, D., Andersson, T. M., Fall, K., Hultman, C. M., Czene, K., Valdimarsdóttir, U., & Fang, F. (2016). Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis: a nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA oncology*, 2(9), 1188-1196.
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 13-22.
- Strain, J. J. (2018). The psychobiology of stress, depression, adjustment disorders and resilience. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(sup1), S14-S20.
- Domhardt, M., & Baumeister, H. (2018). Psychotherapy of adjustment disorders: current state and future directions. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(sup1), S21-S35.
- Stein, D. J. (2018). Pharmacotherapy of adjustment disorder: a review. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(sup1), S46-S52.
- Brintzenhofe-Szoc, K. M., Levin, T. T., Li, Y., Kissane, D. W., & Zabora, J. R. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50(4), 383-391.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2), 160-174.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama*, 303(1), 47-53.
- Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., & Dekker, J. J. (2010). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(5), 668.
- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W., & Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 116(7), 1810-1819.
- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., ... & Rowland, J. H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15), 1605-1619.
- Finucane, A. M., Jones, L., Leurent, B., Sampson, E. L., Stone, P., Tookman, A., & Candy, B. (2020). Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Agar, M. R., Lawlor, P. G., Quinn, S., Draper, B., Caplan, G. A., Rowett, D., ... & Currow, D. C. (2017). Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 177(1), 34-42.
- Al-Aama, T., Brymer, C., Gutmanis, I., Woolmore-Goodwin, S. M., Esbaugh, J., & Dasgupta, M. (2011). Melatonin decreases delirium in elderly patients: a randomized, placebo-controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(7), 687-694.
- Sall, J., Brenner, L., Millikan Bell, A. M., & Colston, M. J. (2019). Assessment and management of patients at risk for suicide: synopsis of the 2019 US Department of Veterans Affairs and US Department of Defense clinical practice guidelines. *Annals of internal medicine*, 171(5), 343-353.
- Boudreaux, E. D., Brown, G. K., Stanley, B., Sadasivam, R. S., Camargo Jr, C. A., & Miller, I. W. (2017). Computer administered safety planning for individuals at risk for suicide: development and usability testing. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5), e149.

FATMA ÇAKMAK

TAMAMLAYICI, ALTERNATİF TEDAVİ VE MEDİKAL ESTETİĞİN ONKOLOJİ HASTALARINDA KULLANIMI

DOÇ.DR.FATMA ÇAKMAK

İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ ACİL TIP ANABİLİMDALI

ALTERNATİF TIP

En geniş anlamıyla alternatif tıp, tıbbi tedavilere destek amacıyla birlikte uygulanan yöntemler tedavi edici, destekleyici ve koruyucu sağlık uygulamalarını kapsamaktadır. Birçok toplumda 'paralel', 'yeni', 'değişik', 'yerel', 'doğu', 'popüler', 'tamamlayıcı' gibi isimler altında ifade edilen alternatif tedavi yöntemlerinin çoğu uzun bir tarihi geçmişe sahiptir. Alternatif tıp uygulamaları arasında meditasyon, yoga, biofeedback, gevşeme gibi zihinsel ve mistik uygulamaların yanı sıra el manipülasyonu, diyet, enerji, ilaç, bitkiler, hava, su ve sesle tedavi yöntemleri de yer almaktadır.

Alternatif tıp, kanser hastaları arasında dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Kanser bilimsel tıbbi tedavisi kemoterapi, cerrahi tedavi, radyoterapi ve hormon terapi yöntemlerini içermekte, bu tedavi yöntemlerinin başarı şansının görece düşük olması ya da tedaviye bağlı ağır yan etkiler nedeniyle hastalar alternatif tıbbi yöntemleri kullanmayı tercih edebilmektedir. Ülkemizde, Cerrahpaşa tıp fakültesinde onkoloji polikliniğinden izlenen kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının %57,9'unun alternatif tedavi kullandığı belirlenmiştir. Bu hastaların %70'i alternatif tedaviyi devam etmekte olan tıbbi tedavisine ek olarak kullanmıştır.

ABD'de Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi güncel yayınında TAT (tamamlayıcı alternatif tedavi) kullanımı iki ana başlıkta belirtilmiş olup; beden ve zihin tedavileri (derin nefes egzersizleri, meditasyon, yoga, homeopati, özel diyet, yaratıcı imgeleme, refleksoloji gibi) ve doğal ürünler (ginseng, kantaron otu, zencefil, üzüm çekirdeği gibi bitkisel ürünler; vitamin ve mineraller gibi) olarak gruplandırılmıştır.

Beden ve zihin uygulamaları; eğitimli bir uygulayıcı tarafından başkalarına verilen veya öğretilen büyük ve çeşitli teknikler grubu şeklinde tanımlanmaktadır. Örnek olarak; akupunktur, masaj terapisi, meditasyon, gevşeme teknikleri, spinal manipülasyon, yoga, Tai chi ve gi gong gibi geleneksel Çin uygulamaları gibi uygulamalar bulunmaktadır.

AKUPUNKTUR

Akupunktur, vücutta bulunan özel noktaların iğnelerle uyarılması yöntemiyle vücudun dengesini yeniden bulmasını sağlayan bir tedavi yöntemi olarak tanımlanmaktadır.

Amerikan İntegratif Onkoloji Derneği 2017 yılında yayınlanan integratif tıp uygulamaları rehberinde; Kemoterapiye bağlı erken bulantı ve kusmalarda antiemetik tedavilere ek olarak akupunktur ve akupresür önerilmektedir. Duygu durum bozuklukları, depresif semptomlar ve stres yönetiminde, Tedavi sonrası yorgunluğu önlemede; Yaşam kalitesini yükseltmede, Tedaviye bağlı sıcak basmalarını azaltmada da önerilmektedir.

MASAJ TERAPİSİ

Masaj terapisi, kas ve yumuşak dokulara uygulanarak, kan ve lenf akımını uyararak, sinir uçlarını harekete geçiren, toksinlerin dışarıya atılmasını kolaylaştıran, gerginliği ve ağrıyı azaltan, dolaşımı arttıran, cilt ısısında artma ve kalp hızında azalma yaparak, vücutta rahatlamayı sağlayan bir tekniktir.

MEDİTASYON

Meditasyon, "derin düşünme" anlamına gelen bir terim olmakla birlikte, bireyi geçmiş ve gelecekle ilgili kaygılarından uzaklaştırarak, huzuru elde etmesini, öz benliğine ulaşmasını sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda, kanserli hastaların stresini azaltarak immün fonksiyonları arttırdığı, anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı belirtilmektedir.

HİPNOTERAPİ

Hipnoz, sözcükler, bakış ya da bazı yardımcı nesnelere kullanılarak telkin gibi tekniklerle oluşturulan ve dikkatin belirli bir noktaya odaklanmasını ve fiziksel rahatlamayı sağlayan özel bir bilinç durumu olarak tanımlanmakta, tedavi amacıyla kullanımı ise hipnoterapi olarak adlandırılmaktadır. Kemoterapinin neden olduğu bulantı ve kusma, ağrı, anksiyete, sıcak basması, depresyon, uykusuzluk gibi semptomların kontrol altına alınması amacıyla kullanıldığı bildirilmektedir.

MÜZİK TERAPİ

Çok eski zamanlardan beri kullanılan bir tedavi yöntemidir. Anksiyeteyi azalttığı, gevşemeyi sağlayarak konforu arttırdığı, tedavi sürecinde ortaya çıkan stresi, ağrıyı azalttığı, depresyonu azalttığı, kan basıncını azalttığı, bulantı ve kusmayı azalttığı belirtilmektedir.

BİTKİSEL TEDAVİ

Bitkisel ürünlere ilişkin yapılan çalışmalarda sıklıkla ; ısırgan otu, zencefil, ökse otu, sarı kantaron, aloe vera, zakkum, reishi mantarı, ginseng, çörek otu, yeşil çay gibi bitkisel ürünler.

ISIRGAN OTU : Antioksidan etkiye sahip olduğu, İmmün sistemi güçlendirmek için kullanıldığı vurgulanmaktadır.

ZENCEFİL : Özellikle kemoterapi sırasında gelişebilen bulantı ve kusmaya karşı antiemetik etkisi nedeniyle kullanılmaktadır.

REİSHİ MANTARI : Bağımsızlık sistemi üzerinde destekleyici etkileri nedeniyle Asya'da yaygın olarak kullanılan ve tavsiye edilen doğal bir üründür.

SARI KANTARON : Kemoterapi ilaçlarının büyük çoğunluğu ile etkileşime girmektedir . Metabolizması CYB3A4 enzimi üzerinden gerçekleşen ilaçların (benzodiazepin, siklosporin, diltiazem, atorvastatin, estradiol, sildenafil, indinavir, digoxin gibi) plazma düzeyini düşürür. Warfarinin metabolizması için önemli olan ve warfarinin antikoagülan etkisini azaltan sitokrom P450 2C9 enzimini de indüklediği için pıhtılaşma eğilimini artırmaktadır . Sarı kantaron bulantı ve hiperensitivitede artışa neden olabilmektedir.

GİNSENG: Asya ve Amerikan ginsengi olarak iki farklı çeşidi vardır. Kanser önlenmesi, immün sistemin güçlendirilmesi, fiziksel ve mental fonksiyonların düzenlenmesi gibi nedenlerle ginseng kullanılmaktadır Farmakolojik etkilerinden ginsenoidler sorumludur. Ginsenoidler aracılığı ile ilaç metabolizmasından sorumlu olan P450 enzim sisteminde; CYP1A1, CYP1A2, CYP2C19, CYP2D6 ve CYP3A4 enzimlerini inhibe etmektedir . Tümörün büyümesini uyarması nedeniyle, östrojen reseptörü pozitif meme kanseri ve endometrium kanserinde kullanılmamalıdır. Diyare, baş ağrısı, hipertansiyon, insomnia, bulantı, üriner retansiyon, pıhtılaşma riski, kanamaya eğilim gibi yan etkileri bulunmaktadır. Warfarinle etkileşimi tartışmalı olmakla birlikte; trombosit agregasyonunu inhibe etmekte, antikoagülan ilaçlar ve trombosit inhibitörleri ile etkileşime girerek kanama zamanını da uzatabilmektedir. Kullanımı tartışmalı.

APİTERAPİ

Arı zehiri, içinde bulunan immün sistemi indükleyen fosfolipaz A2 gibi kinaz kaskadı modülatörler ve direkt sitotoksik olan maddeler (melittin, stignin vb.) nedeni ile teorik olarak kanser tedavisinde faydalı olabilir gibi gözükmektedir. Ancak etkinliğini ortaya koyabilmek için pek çok in vivo, in vitro ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Kanser hastalarında güvenle ve etkin şekilde kullanılabileceğine dair yeterli veri yoktur.

KOENZİM Q10

Hücrelerin enerji sağlanmasında fonksiyonu olan ve antioksidan rolü bulunan, immün sistemi stimüle eden, kalbi bazı kemoterapi ilaçlarının yan etkisinden koruyan normalde vücudumuzda bulunan bir doğal maddedir. Düşük koenzim Q10 düzeyleri bazı kanser hastalarında bildirilmektedir. Koenzim Q10 ile ilgili randomize klinik çalışma yoktur. İmmünsistemi uyarıcı olması nedeni ile kanser tedavisine eklenerek kullanıldığı bazı çalışmalar olmuştur. Ancak güvenilirliğini ve etkinliğini ortaya koymak için geniş randomize klinik çalışmaya ihtiyaç vardır.

FATMA ÇAKMAK

ÜLÜK UYGULAMASI (HIRUDOTHERAPY)

Hastalıkların tıbbi sülükler kullanılarak tedavisi, Latince bir terimle, "Hirudotherapy" olarak isimlendirilmiştir. Tıbbi sülük tedavisi, kan emici sülükler ile uygulanan bir tür tamamlayıcı ve bütünleştirici tedavi yöntemidir ve insanda hastalıkların tedavisinde omurgasızların kullanımının birkaç örneğinden biridir.

İslam tıbbının önde gelen hekimi İbn-i Sina (MS 980- 1037), ünlü kitabı Canon (El Kanun Fi't-Tıbb)'da sülüklerin tedavi amaçlı uygulama yöntemlerini ve hangi hastalıklarda kullanıldığını yazmıştır. İbn-i Sina, sülük uygulamasının kanın vücudun daha derin kısımlarından atılmasında kupa terapisine göre daha başarılı olduğunu belirtmiş ve cilt hastalıklarında uygulanmasını önermiştir. Osmanlı döneminde sülük tedavisinin hekimler tarafından kullanıldığı ve konu ile ilgili özellikle 18. yüzyıla ait birçok yazılı eser bulunduğu bilinmektedir. Şanizade Mehmet Atullah Efendi (1771-1826) "Mi'yarul Etibba" adlı kitabında, diş gelişimi sırasında çocuklarda görülen ateş tedavisinde kulak arkasına sülük uygulanmasını önermiştir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), 2004 yılında sülükleri plastik ve rekonstrüktif cerrahi alanında "tıbbi cihaz" olarak kullanımını onaylamıştır.

Hirudoterapi sıklıkla cerrahi alanda mikrovasküler replantasyonlar, rekonstrüktif cerrahi ve travma sonrası gelişen venöz konjesyonları tedavi etmek için kullanılmaktadır.

MEDİKAL SÜLÜKLER

Günümüzde aşağı yukarı 600 sülük türü saptanmıştır fakat bunlardan sadece yaklaşık 15 tanesi tedavide kullanılmaktadır. Tedavi için kullanılanların genellikle koyu kahverengi, kahverengi, koyu yeşil, yeşil veya kırmızı-kahverengi olurlar. Medikal sülüklerin sırtında kırmızı, açık kahverengi, yeşil ya da siyah renkli altı tane çizgi bulunur.

Hastalıklarda tedavi edici özelliği bulunan sülüklerin birkaç türü olup, H. medicinalis, Hirudo verbana bunlardandır. Diğer tıbbi sülük türleri de bazen tedavide kullanılır: Hirudo orientalis, Hirudo troctina, Hirudinaria manillensis (Asya tıbbi sülüğü) ve Macrobdella decora (Kuzey American tıbbi sülüğü). Hirudo cinsi içinde bulunan tüm sülük türleri tıbbi amaçla kullanılabilir. Tıbbi alanda kullanılan sülükler arasında Hirudo medicinalis en iyi bilinenidir. Hirudo medicinalis'in vücudu dorso-ventral hafif yassılaştırmış olup, uzunluğu 10-15 cm kadardır.

SÜLÜK TÜKÜRÜĞÜNDE BULUNAN BİYOAKTİF MADDELER

Sülük tükürüğünde bulunan en ünlü biyoaktif bileşik "hirudin" olarak adlandırılmaktadır. Hirudin ilk olarak 1884 yılında Haycraft tarafından izole edilmiş, 1957 yılında da Fritz Markwardt bu maddeyi saf kristal yapıda elde etmeyi başarmıştır. Markwardt, hirudinin trombin inhibitörü olduğunu da göstermiştir. Heparin benzeri bir madde olan hirudin, trombinin en güçlü doğal inhibitörüdür. Yüksek afinitesi nedeniyle trombinin neredeyse tüm fizyolojik etkilerini inhibe eder. Hirudin, özellikle heparin-sensitize hastalarda veya kalıtsal ya da edinilmiş antitrombin III eksikliği olan kişilerde yararlı bir alternatif antikoagülan olarak kullanılabilir. Tükürük içeriğinde bulunan destabilaz, glikozidaz aktivitesine sahiptir. Destabilaz, kombine enzimatik ve enzimatik olmayan antibakteriyel etki gösteren; ayrıca kan pıhtılarını da eritebilen ilk omurgasız lizozimdir.

KUPA UYGULAMASI (Hacamat)

Kupa uygulaması (hacamat), geleneksel Çin tedavi yöntemlerinden biridir. Kan dolaşımını arttırmak için bölgesel vakum oluşturmaya dayanan kupa uygulaması ve belli vücut noktalarında bölgesel vakumla beraber yüzeysel cilt kesikleri oluşturarak kanın alındığı yaş kupa uygulamasını içermektedir. Bu uygulamadaki amaç net olmamakla birlikte, araştırmacılar ciltte belirli akupunktur noktalarına yerleştirilen kupanın hiperemi ya da hemostaza yol açarak tedavi edici etkisinin olduğunu belirtmektedir. Yaş kupa (hacamat) ve kuru kupa uygulaması olmak üzere 2 şekilde yapılmaktadır. Hacamat derinin yüzeyinde birkaç hafif kesik oluşturularak kanın vakum aracılığıyla çekilmesi yöntemidir. Kirli kanın vücuttan uzaklaştırılması işlemi olarak tanımlanmaktadır.

Herpes zoster, fasiyal paralizi, öksürük, dispne, akne ve lomber disk hernisine yönelik kullanılmaktadır. Herpes zoster tedavisinde etkili olabileceğini gösteren meta-analizler vardır.

LARVA UYGULAMASI

Lucilia (Phaenicia) sericata steril larvaları kronik yara ve ülserlerin debridman amaçlı tedavisinde, yara iyileşmesinde ve yaranın dezenfeksiyonunda kullanılmaktadır. Bu tedavi aynı zamanda Maggot tedavisi olarak da adlandırılmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde iyileşmeyen nekrotik cilt ve yumuşak doku yaraları, basınç ülserleri, venöz staz ülserleri, nöropatik ayak ülserleri ve iyileşmeyen travmatik ya da cerrahi sonrası yaraların tedavisinde kullanımı FDA onaylıdır.

MEZOTERAPİ

Mezoterapi, mezoderm içine enjekte edilen küçük miktardaki bitkisel ya da farmakolojik maddelerin tedavi amaçlı kullanılmasıdır. Kanser tedavisinde mezoterapinin etkinliğini ya da yararını gösteren herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.

PROLOTERAPİ

Proloterapi, çeşitli proliferatif ve iritan kimyasal solüsyonların rejeneratif doku yanıtını arttırmak için eklem tendon ya da ağırlı bağ dokusu içine enjekte edildiği uygulamalardır. Kronik kas-iskelet sistemi ağrıları, sırt ağrısı, osteoartrit ve spor yaralanmalarında kullanılmaktadır.

OZON UYGULAMASI

Lokal veya sistemik olarak ozon-oksijen karışımının kullanıldığı uygulama yöntemidir. Ozon tedavisi tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarında inflamasyonun tedavisinde kullanılmaktadır. Ayrıca antitümör ve antiödem etkisi de mevcuttur. Kanser hastalarındaki kullanımının temeli kanserin yüksek-oksijen çevresinde büyüyemeyeceğine dayanmaktadır. Ozon tedavisi vücutta oksijen seviyesini artırır ve kanserin tedavisine yardım eder.

REFLEKSOLOJİ

Refleksoloji el ya da ayaklardaki refleks bölgelerine basınç uygulayarak homeostazise katkıda bulunma prensibine dayanmaktadır. El ya da ayaklardaki refleks bölgeleri temel organlar ya da bezler ile ilişkilidir ve bu bölgeler basınç uygulanması konjesyona ve enerji akışına neden olur. Dolaşımdaki artma toksinlerin elimine edilmesine ve vücuttaki majör sistemlere yardımcı olur. Böylece vücut dengesinin sağlanmasına katkıda bulunur. Literatürde refleksolojinin kanser hastalarında kullanımı ile ilişkili az sayıda hasta içeren ve izlem süresi kısa olan sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Refleksoloji grubunda görünüm, iştah, nefes alma, iletişim, konstipasyon, diyare, gelecek korkusu, miktürisyon, mobilite, bulantı, ağrı, uyku ve yorgunluk açısından anlamlı olmayan iyileşme gözlenmiştir.

ESTETİK DOLGU

Tedavi Durumu: Hastanın kanser tedavisi (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi vb.) tamamlanmışsa ve doktoru onay veriyorsa dolgu uygulaması düşünülebilir. Bağışıklık Sistemi: Kanser tedavisi bağışıklık sistemini zayıflatabilir, bu nedenle enfeksiyon riskini artırabilir. Bu durumu göz önünde bulundurmak önemlidir. İlaç Kullanımı: Kanser tedavisi sırasında kullanılan ilaçlar, dolgu maddelerinin etkisini veya güvenliğini etkileyebilir.

Psikolojik Destek: Estetik uygulamalar, hastanın kendine güvenini artırabilir; ancak bu durum bireysel olarak değerlendirilmelidir.

Uzman Görüşü: Uygulama öncesinde onkoloji uzmanı ve estetik cerrah ile detaylı bir görüşme yapılması önerilir.

Sonuç olarak, uygun koşullar sağlandığında estetik dolgu uygulamaları yapılabilir; ancak her zaman dikkatli bir değerlendirme gereklidir

HATİCE KÜÇÜKCERAN

KANSERDEN KORUNMA VE RISK FAKTÖRLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Özet: Kanser, çok aşamalı bir süreçtir; genetik, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerinin etkileşimi ile oluşur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, kanser dünya genelinde ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Erken teşhis ve tedavi, kanserin seyrini önemli ölçüde etkileyebilir. Kanser için risk faktörleri; genetik yatkınlık, yaş, çevresel etkenler (kimyasal maddelere radyasyona maruz kalma), obezite, hormonal faktörler, hareketsiz yaşam tarzı, sigara, alkol gibi bağımlılıklar, kronik strese maruz kalmaktır. Bu sunumda amacımız; kansere sebep olan risk faktörlerini ve kansere yakalanmamak için neler yapılması gerektiğini gözden geçirmektir.

Kanser İnsidansı

DSÖ verilerine göre, kanser dünya genelinde ikinci önde gelen ölüm nedenidir. 2018 yılında tahmini 9,6 milyon ölüme veya her 6 ölümden 1'ine neden olmuştur. Erkeklerde; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri, kadınlarda ise; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseri en sık görülen kanser türleridir (1).

Kanser risk faktörleri

Kanser, tek bir hücrede oluşan genetik değişikliklerin hücrenin anormal çoğalma yeteneği kazanması ve vücudun bu hücreyi bağışıklık sistemi ile yok edememesi sonucu oluşur. Durdurulamayan ve hızla çoğalarak kanser hücresi önce lokal sonra uzak organlara yayılır. Kansere sebep olan nedenler ise; kansere sebep olan genlere doğuştan sahip olmamız (genetik yatkınlık) ve hem bağışıklığımızı düşüren hem de hücrenin genetik yapısını sonradan bozan çevresel faktörlerdir. Zhu ve arkadaşları genel kanser açısından yüksek genetik riske sahip bireylerde sağlıklı bir yaşam tarzı benimseyerek kanser riskini azaltılabileceğini tespit etmiştir. Bu çalışmada, genetik risk; genel kanser poligenik risk puanı ile sağlıklı bir yaşam tarzı ise; sigara içme, alkol tüketimi, fiziksel aktivite, vücut kitle indeksi ile değerlendirilmiştir (2). Bir çok kanıt, yüksek genetik riske sahip bireylerin kanser riskinin, meme, kolorektum ve mide kanserleri gibi sağlıklı bir yaşam tarzına bağlı olarak azaltılabileceğini göstermiştir (3).

Kanser risk faktörlerini; genetik yatkınlık, yaş, çevresel etkenler (kimyasal maddelere radyasyona maruz kalma), obezite, hormonal faktörler, hareketsiz yaşam tarzı, sigara, alkol gibi bağımlılıklar, kronik stres olarak sıralayabiliriz.

Genetik yatkınlık

Kanser, birden fazla genetik ve epigenetik faktörün etkisiyle kalıtsal ya da sonradan kazanılmış mutasyonların birikmesiyle ortaya çıkan bir genetik hastalıktır. Örneğin: BRCA1 ve BRCA2 genleri tümör baskılayıcı genler olarak işlev görür. Mutasyonları over, meme, prostat kanserleri için riskin yüksek olduğunu gösterir (4). Genellikle genetik bir geçiş söz konusudur.

Epigenetik

Bir organizmadaki tüm hücreler, aynı genoma sahip olmalarına rağmen çok farklı fenotiplere sahiptir. Epigenetik, nükleer baz dizisinde değişiklik olmadan meydana gelen gen ekspresyonlarını etkiler. Epigenetik mekanizmalar DNA metilasyonu, histon modifikasyonları ve kodlamayan RNA (ncRNA) olmak üzere üç farklı tipte sınıflanmaktadır.

DNA metilasyonu gen ifadesinin bir baskılayıcısı olarak rol alır. Epigenetik regülasyonun bozulması kanser dahil çeşitli hastalıkların patogeneğinde yer almaktadır.

Nutrigenetik

Nutrigenetik, beslenmeyi gen düzeyinde inceler. Beslenmenin kanser gelişimindeki rolüyle ilgili olarak mevcut kanıtlar, bazı diyet bileşenlerinin, epigenetik mekanizmaları etkileyebileceğini göstermektedir. Birçok çalışma erken yaşta beslenme davranışının yetişkinlikte kronik hastalık geliştirme riskini etkileyebileceğini göstermektedir. Hollanda'da kıtlık yıllarının etkisini araştıran kohort çalışması, yetersiz beslenme yaşayan annelerin çocuklarında 40-50 yıl sonra kardiyovasküler hastalık riskinin arttığını tespit etmiştir (5). Epigenetiğin etkilenmesi anne karnında başlamaktadır. Epigenetiği olumlu etkileyen beslenmemizde bulunması gereken bazı vitamin ve gıdalardan bahsedecek olursak;

Folik Asit ve B12 vitamini; DNA metilasyon modellerinin korunmasında önemli roller oynayan epigenetik olarak aktif bileşenlerin iki örneğidir. Bir in vivo çalışmada, diyetle folat alımı, DNA metilasyonunu sık sık susturan, kanserle ilişkili kritik bir gen olan p16 tümör baskılayıcı gen ekspresyonu ile pozitif korelasyon göstermiştir (6).

Vitamin D; Vitamin D hücre büyümesi ve farklılaşmasının iyi bilinen düzenleyicilerinden biridir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, vitamin D'nin kemik ve kalsiyum metabolizmasının kontrolünün yanısıra, immün cevap oluşumu, metastaz, anjiyogenez ve apoptozis gibi birçok biyolojik süreçle ilişkisi gösterilmiştir. Ayrıca sitokrom P450 aile üyesi olan oksidatif enzimlerin ifade edilmesini de uyardığı bilinmektedir.

Borokoli, sarımsak ve yeşil çay; Brokoli filizlerinde veya sarımsakta bulunan bir bileşenlerin bir epigenetik terapötik sınıfı olan histon diasetilaz inhibitörleri olarak işlev gördüğü gösterilmiştir. Yeşil çay, DNA metilasyonunun inhibisyonu dahil birçok biyolojik aktiviteye sahip doğal bileşikler olan polifenoller içermektedir. Hayvan çalışmalarında yeşil çayın prostat kanseri hücrelerini tedavi ettiği gösterilmiştir (7).

Zerdeçal; İçeriğinde curcumin adı verilen plifenol bir birleşik bulunmaktadır. Kurkuminin terapötik faydaları birçok kronik hastalıkta gösterilmiştir: inflamasyon, artrit, metabolik sendrom, karaciğer hastalığı, obezite, nörodejeneratif hastalıklar ve hepsinden önemlisi çeşitli kanserler (8).

Mikrobiyotaya

İnsan komensal mikrobiyotasının birincil yaşam alanı bağırsaktır. İnsan Mikrobiyom projesinde cilt, ağız, solunum ve genital yollar dahil olmak üzere vücudun birçok yerinde mevcut olduğu tespit edilmiştir (9).

Konakçı ve mikroplar arasındaki karmaşık etkileşim kansere kadar uzanır; Mikroorganizmalar insan malignitelerinin %20'sinde rol oynar. Kommensal bakteriler tümör oluşumunu, ilerlemesini ve tedaviye yanıtları doğrudan etkiler (10). Mikrobiyotamızı destekleyen ürünlerin başında; fermente gıdalar gelir. Turşular, sirke, şalgam, yoğurt, kefir, sucuk, pastırma, tarhana fermente gıdalara örnek verilebilir.

Oksidatif stres

Reaktif oksijen türlerinin (ROS) üretimi ile antioksidanların etkinliği arasındaki bozulmuş bir denge durumudur. Reaktif oksijen radikalleri, hücrelerde molekül halinde bulunan maddelerin yapısındaki oksijen atomunu kararsız hale getirerek ciddi boyutta kimyasal hasara yol açabilir. Antioksidan kapasitemizin artırılması kanserden korunmak için çok önemlidir. Karotenoidler, flavonoidler ve antosiyanidinler de dahil olmak üzere doğal pigmentler, güçlü antioksidan aktivite ile karakterize edilen temel ikincil metabolitlerdir. Doğal pigmentlerin insan sağlığına yönelik çok sayıda faydası keşfedilmiştir. Bunlara örnek verecek olursa;

Nar; Güçlü antioksidan aktivite gösterir. Narın meyvesinin yanı sıra suyunun, özütünün ve yağının, birden fazla sinyal yolunu düzenleyerek anti-inflamatuar, anti-proliferatif ve anti-tümörjenik özellikler gösterdiği çalışmalar mevcuttur (11).

HATİCE KÜÇÜKCERAN

Domates; "Eating Well" dergisi tarafından yılın sebzesi seçilen domates, içeriğinde bulunan birincil karotenoid olan likopen ile kanser riskini azaltmadaki rolü nedeniyle önemli ilgi görmüştür. Katılımcılarını 47.000'den fazla erkeğin oluşturduğu prospektif bir kohort çalışmasında, domates ve ürünlerini haftada en az 10 kez tüketenlerde prostat kanseri gelişme riskini düşürdüğü belirtilmiştir (12).

Ceviz; Cevizin içerdiği E vitamini ve diğer antioksidanların (fitosterol ve polifenoller) cevizin fonksiyonel besin olarak kabul görmesini sağlamaktadır. Bu bileşiklerin; kalp damar hastalıklarına, bazı kanser türlerine ve yaşlanmanın olumsuz etkilerine karşı koruyucu rol oynadığı belirtilmektedir (13). Kuruyemişlerin (badem, kabak çekirdeği, fındık, kaju vb.) çiğ tüketilmesi daha sağlıklıdır.

Keten Tohumu;Keten tohumu, diğer bitkisel besinlerden 800 kat daha fazla lignan içerir. Keten lignanları, kanserli tümörlerin, özellikle de göğüs, endometriyum ve prostat gibi hormona duyarlı olanların büyümesinin azaltılmasında ümit verici etkiler gösterilmiştir (14). Chia tohumu, haşhaş, çörek otu, susam tohumlarına da beslenmemizde yer vermeliyiz.

Zeytin yağı; Zeytinyağı bileşenleri; antioksidan, antiinflamatuvar, antikarsenojenik etkiler göstererek, LDL miktarını düşürür, membran lipitlerinin ve hücre içi moleküllerin oksidasyonunu önleyerek çeşitli hastalıklara karşı yüksek koruyucu etki göstermektedir (15).

Antioksidan kapasite yüksek tıbbi ve aromatik bitkiler; Biberiye (*Rosmarinus officinalis*), adaçayı (*Salvia officinalis*), dağçayı (*Sideritissp.*), oğulotu (*Melissa officinalis*) kekik türleri (*Origanum sp.*, *Saturejasp.*, *Thymbra sp.* ve *Thymussp.*), fesleğen (*Ocimum basilicum*).

Stres

İş stresi ile kanser riskinin araştırıldığı gözlemsel çalışmaların meta-analizinde; İş stresi ile prostat, meme veya over kanseri riski arasında bir ilişki olmadığı Kolorektal, yemek borusu ve akciğer kanserleri için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (16).

Stresle baş etme yolları

Spor, gevşeme egzersizleri, masaj, nefes egzersizleri, sağlıklı beslenme, pozitif düşünme, elektromanyetik alanlardan kaçınmak, düzenli uyku, hobi edinme, meditasyon, dua, namaz vb., kendinizi huzurlu hissettiğiniz kişiler ve mekanlarda bulunma...

Obezite ve malignite

Aşırı vücut ağırlığının, en az 13 anatomik bölgenin kanserine yakalanma riskinin artmasıyla ilişkili olduğuna dair ikna edici kanıtlar vardır. Obezite bu etkisini; insülin direnci adipokin bozuklukları, subklinik kronik düşük dereceli inflamasyon, oksidatif strese, değişen bağırsak mikrobiyomu, mikroçevresel bozulmalar, sirkadiyen ritmin bozulması ile gösterir.

Tütün bağımlılığı

Sigara içen hastalarına ve yakınlarınıza, kendileri için yapabilecekleri en iyi şeyin sigara bırakmak olduğunu tavsiye edin. Sigara bırakma polikliniklerimiz aktif hizmet vermektedir. 'Sitizin' etken maddeli parsiyel nikotin antagonisti olan ve sarısalıkım bitkisinden elde edilen bir preparat yaklaşık 6 aydır ücretsiz olarak uygun görülen hastalara verilmektedir. Hastalarınızı ve yakınlarınızı yönlendirebilirsiniz.

Human Papillomavirus aşısı

HPV; serviks, penis, vulva, vajina, anüs ve orofarenks kanserleri de dahil olmak üzere kanserlerin %5'iyle nedensel olarak ilişkilidir. Gardasil 9: HPV'nin en riskli tiplerine karşı koruma sağlayan bir aşıdır. (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58) 9-13 yaş arası kız ve erkek çocukları için 2 dozluk bir program (6 ay arayla) olarak lisanslanmıştır. 14 yaşından itibaren 3 dozluk bir program verilmelidir (0, 1-2 ve 4-6 ayda).

Sonuç olarak; kansere yakalanmamak sağlıklı yaşamak ile mümkün olabilir.

Referanslar

- 1-Wold Health Organization. Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- 2- Zhu M, Wang T, Huang Y, Zhao X, Ding Y, Zhu M, Ji M, Wang C, Dai J, Yin R, Xu L, Ma H, Wei Q, Jin G, Hu Z, Shen H. Genetic Risk for Overall Cancer and the Benefit of Adherence to a Healthy Lifestyle. *Cancer Res.* 2021;81(17):4618-4627.
- 3- ArthurRS, Wang T, XueX KamenskyV Rohan TE. Genetic factors, adherence to healthy lifestyle behavior, and risk of invasivebreast cancer among women in the UK Biobank. *J Natl Cancer Ins*2020 1;112:893–901.
- 4- Wang T, Huang Y, Zhao X, Ding Y, Zhu M, Ji M, Wang C, Dai J, Yin R, Xu L, Ma H, Wei Q, Jin G, Hu Z, Shen H. Genetic Risk for Overall Cancer and the Benefit of Adherence to a Healthy Lifestyle. *Cancer Res.* 2021;81(17):4618-4627.
- 5- Painter RC, Osmond C, Gluckman P, Hanson M, Phillips DI, Roseboom TJ. Transgenerational effects of prenatal exposure to the Dutch famine on neonatal adiposity and health in later life. *BJOG.* 2008;115(10):1243-1249. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01822.x
- 6- Choi SW, Friso S. Epigenetics: A New Bridge between Nutrition and Health. *Adv Nutr.* 2010;1(1):8-16. doi:10.3945/an.110.1004
- 7- Bishop KS, Ferguson LR. The interaction between epigenetics, nutrition and the development of cancer. *Nutrients.* 2015;7(2):922-947. doi:10.3390/nu7020922
- 8- Giordano A, Tommonaro G. Curcumin and Cancer. *Nutrients.* 2019 Oct 5;11(10):2376. doi: 10.3390/nu11102376.
- 9- Integrative HMP (iHMP) Research Network Consortium. The Integrative Human Microbiome Project. *Nature.* 2019;569(7758):641-648. doi:10.1038/s41586-019-1238-8
- 10- De Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, Plummer M. 2008'de enfeksiyonlara atfedilebilen kanserlerin küresel yükü: bir inceleme ve sentetik analiz. *Lancet Oncol.* 2012; 13 :607–615.
- 11-Sharma P, McClees SF, Afaq F. Pomegranate for Prevention and Treatment of Cancer: An Update. *Molecules.* 2017;22(1):177. doi:10.3390/molecules22010177
- 12- Dalbeni A, Treggiari D, Tagetti A, Bevilacqua M, Bonafini S, Montagnana M, Scaturro G, Minuz P, Fava CM. 2018. Positive Effects of Tomato Paste on Vascular Function After a Fat Meal in Male Healthy Subjects, *Nutrients;* 10(9).
- 13- Fan N, Fusco JL, Rosenberg DW. Antioxidant and Anti-Inflammatory Properties of Walnut Constituents: Focus on Personalized Cancer Prevention and the Microbiome. *Antioxidants (Basel).* 2023;12(5):982. doi:10.3390/antiox12050982
- 14- Chera EI, Pop RM, Pârnu M, et al. Flaxseed Ethanol Extracts' Antitumor, Antioxidant, and Anti-Inflammatory Potential. *Antioxidants (Basel).* 2022;11(5):892. doi:10.3390/antiox11050892
- 15- Gorzynik-Debicka M, Przychodzen P, Cappello F, et al. Potential Health Benefits of Olive Oil and Plant Polyphenols. *Int J Mol Sci.* 2018;19(3):686. doi:10.3390/ijms19030686
- 16- Yang T, Qiao Y, Xiang S, Li W, Gan Y, Chen Y. Work stress and the risk of cancer: A meta-analysis of observational studies. *Int J Cancer.* 2019;144(10):2390-2400.

HAVVA SERİN YİĞİT

ONKOLOJİK HASTALARDA HİPERKALEMİ
UZM.DR. HAVVA SERİN YİĞİT
KONYA MERAM DEVLET HASTANESİ ACIL TIP KLİNİĞİ

Onkolojik aciller ; kanser tanısı konduğu ilk aşamadan son döneme kadarki her hangi bir dönemde karşımıza çıkabilir. Bu aciller ; hastalığa bağlı olabileceği gibi, hastalığın tedavisine sekonder de gelişebilir.

Onkolojik acil tanımı; ölüm ya da hayat kalitesinin bozulması gibi riskleri önlemek amacıyla,acil tedavi gerektiren, kanser ya da kanser tedavisine bağlı olarak gelişenmetabolik, nörolojik, kardiyovasküler,hematolojik ve/ veya enfeksiyöz kaynaklı klinik tabloyu kapsamaktadır. Çoğunlukla bu hastaların hastaneye yatırılarak tedavi edilmeleri gerekmektedir ki yine bu hastaların çoğunun yoğun bakım ünitelerinde tedavisi en doğru yaklaşımdır. Ancak gerek yoğun bakım yatağı gerekse diğer hastane yatağı kapasitesinin yetersizliği sebebiyle bu hastalar sıklıkla acil servislerde tanı alıp tedavilerini yine buralarda sürdürmek durumunda kalabiliyorlar.

Onkolojik aciller kabaca 5 kategoride sınıflandırılabilir:

- 1-METABOLİK (HİPERKALSEMİ, HİPONATREMİ (UYGUNSUZ ADH SENDROMU), TUMÖR LİZİS SENDROMU***)
- 2-KARDİOVASKÜLER (MALİGN PLEVRAL EFÜZYON, SÜPERIOR VENA KAVA SENDROMU)
- 3-NÖROLOJİK (SPİNAL KORD KOMPRESYONU, ARTMIŞ INTRAKRANİAL BASINÇ (NÖBET))
- 4-HEMATOLOJİK (HİPERVİSKOZİTE SENDROMU, LÖKOSTAZ SENDROMU)
- 5-ENFEKSİYÖZ (NÖTROPENİK ATEŞ, SEPTİK ŞOK)

TUMÖR LİZİS SENDROMU (TLS)

Tümör hücrelerinin ölümü sonucunda intraselüler iyon, nükleik asitler, proteinler ve metabolitlerinin sistemik dolaşıma katıldığı, hiperürisemi, üremi, hiperfosfatemi, hipokalsemi ve hiperkalemi ile karakteristik bir onkolojik acildir. Bu durum spontan olabileceği gibi kanser tedavisine sekonder olarak da gelişebilir.

TLS;

Akut lenfoblastik lösemi (ALL), Akut miyeloid lösemi(AML) Burkitt lenfoma, Küçük hücreli akciğer kanseri, Melanom gibi malignitelerde daha sık görülür. Sitotoksik tedaviye yüksek sensitif tümörlerde (Burkitt's lenfoma gibi) sitotoksik tedavi başlangıcından 12-24 saat sonra ortaya çıkar.

Tanıda Cairo-Bishop sınıflaması kullanılır.

Laboratuvar ve klinik TLS şeklinde iki ayrı sınıflama vardır:

TLS'nin Cairo-Bishop sınıflamasına göre tanı kriterleri

TLS laboratuvar tanı kriterleri

Potasyum ≥ 6 mEq/dL veya bazal düzeyin %25'inden fazla artış

Ürik asit ≥ 8 mg/dL veya bazal düzeyin %25'inden fazla artış

Fosfor ≥ 6.5 mg/dL veya bazal düzeyin %25'inden fazla artış

Kalsiyum ≤ 7 mg/dL veya bazal düzeyden %25'inden fazla azalma

(laboratuvar bulgularından 2 ya da fazlası mevcutsa TLS tanısı konabilir)

(laboratuvar kriterlerinden 2 ya da fazlası sitotoksik tedavi başlamasından 3 gün önce ya da 7 gün sonrasında görülmelidir)

Klinik TLS tanı kriterleri

Kreatinin düzeyi ≥ 1.5 kat üst limit

Kardiyak aritmi ya da ani kardiyak arrest Nöbet

Hastaların EKG'lerinde hiperkalemi ve hipokalsemiye bağlı bulgular görülebilir ve ölümcül aritmiler için uyarıcı olmalıdır.

Potasyum kalbin normal elektriksel aktivitesinin düzenlenmesi için yaşamsaldır.

Artmış ekstraselüler potasyum Hem pacemaker hem de iletimi sağlayan dokuların baskılanması ile myokardın uyarılabilirliğini azaltır.

HİPERKALEMİ

Potasyum düzeyinin > 5.5 meq/L olması olarak tanımlanır.

Orta derece hiperkalemi serum potasyumunun > 6 meq/L olmasıdır

Ciddi hiperkalemi serum potasyumunun > 7.0 meq/L olmasıdır

Gittikçe kötüleşen hiperkalemi;

*bradikardi *iletim blokları

*kardiyak arrest ile sonuçlanan

Sinoatriyal düğümünden impuls yayılmasının baskılanmasına ve AV düğüm ve His-Purkinje sisteminde iletimde azalmaya yol açmaktadır.

HİPERKALEMİNİN EKG BULGULARI

K $>5,5$

Sivri T dalgaları (en erken bulgu)

K >6

P dalgası genişler ve yassılaşır, PR segmenti uzar, Sonunda P dalgaları kaybolur

K >7

Değişik QRS morfolojisi ile birlikte uzamış QRS intervali

Yavaş nodal ve ventriküler kaçış ritimleri ile birlikte ileri derece AV blok

İletim bloğunun herhangi bir tipi (dal bloğu, fasiküler blok)

Sinüs dalga görünümü oluşması (pre-terminal bir ritim)

Sinüs bradikardisi veya yavaş AF

K >9

Asistoli

Ventriküler fibrilasyon

Değişik, geniş kompleks ritim ile birlikte NEA

HAVVA SERİN YİĞİT

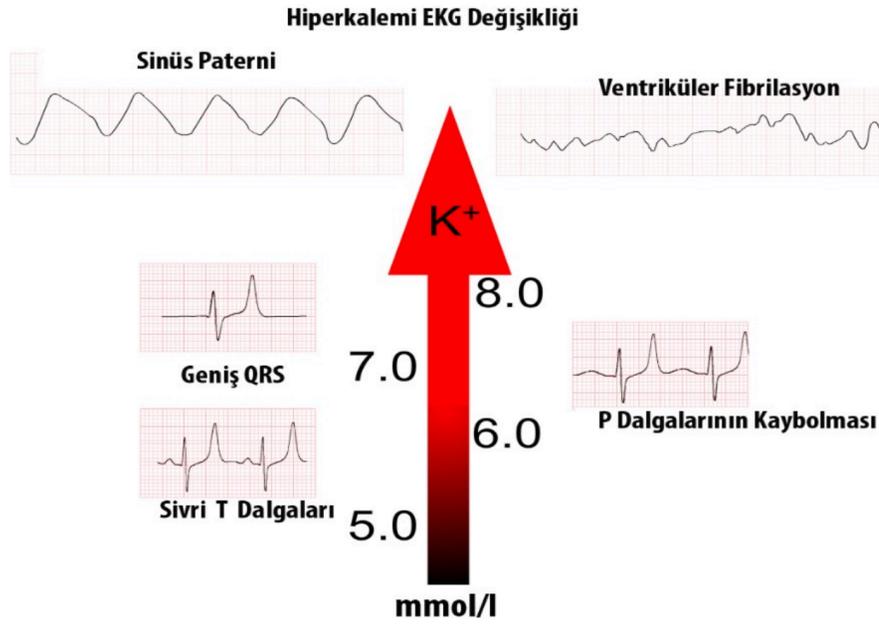
Ancak bazı hastalarda serum potasyum düzeyleri EKG değişiklikleri ile yakın korelasyon göstermez.

Göreceli olarak normal EKG'si olan hastalar da; ani kardiyak arrest geçirebilir.

Hiperkalemi mortalite riski hastanın klinik semptomlarından bağımsızdır ancak hiperkaleminin kardiyak duruma olan akut etkisi mortalite riskini belirler

Hiperkalemi aynı zamanda kas kontraktilesini de etkiler,iskelet kasları özellikle hiperkalemiye karşı hassastır ve kaslarda zayıflığa neden olur(lastik ya da spagetti bacaklar)

Ciddi hiperkalemili hastalarda diyafram kasının paralizisine bağlı olarak respiratuar yetmezlik meydana gelebilir



HİPERKALEMİ SEBEPLERİ

- 1-Psödohiperkalemi
- 2-Renal hiperkalemi
(Azalmış potasyum atılımı)
- 3-Ekstrarenal hiperkalemi
(Artmış potasyum yükü)
(Hücre içi-dışı potasyum geçiş)

PSÖDOHİPERKALEMİ

Flebotomi işleminden sonra kandaki hücresel elemanlardan potasyum salınımını tarifler

İn vitro hemoliz (turnike kullanımı, vacutainer kullanılmaması)

Laboratuvar hatası

Belirgin lökositoz (>50.000/mm³)

Trombositoz durumları (>500.000/mm³)

RENAL HİPERKALEMİ

- *Kronik/Akut böbrek yetmezliği
- *Aldosteron aktivitesinde azalma
 - Düşük aldosteron
 - Hiporeninematik hipoaldosteron
 - Normal veya yüksek aldosteron
- *Hipovolemik durumlar (azalmış etkin dolaşım hacmi)

EKSTRARENAL HİPERKALEMİ

- *Potasyum yükünün artması ile;
 - Potasyum takviyeleri
 - Potasyumdan zengin yiyecekler
 - Potasyum içeren ilaçlar (penisilin, karbenisilin)
 - Kan transfüzyonu
 - Ağır egzersiz
 - İnvasküler hemoliz
 - GiS kanama
 - Kemoterapi sonrası hücre yıkımı ◦ Akut tümör lizis sendromu
 - Rabdomiyoliz / crush yaralanma
 - Aşırı doku nekrozu (geniş yanıklar)
 - Artan doku katabolizması

HAVVA SERİN YİĞİT

KLİNİK

Klinik bulgular özellikle Kardiyovasküler ve Nörolojik sistemde görülür.

Metabolik alkaloz, hipernatremi veya hiperkalsemi klinik bulguları antagonize edebilir. Tersi durumlar toksisiteyi artırırlar.

Hiperkalseminin fonksiyonel sonuçlarını belirleyebilmek için EKG monitörizasyonu ve kas gücü değerlendirilmesi gerekir.

Ciddi potasyum düzeylerine rağmen hastalarda non-spesifik T dalga değişiklikleri dışında EKG bulgusu saptanamayan hastalar çoğunlukta karşımıza çıkabilir

Bu hastaların çoğunun birçok komorbid durumu vardır, EKG değişikliği izole hiperkalsemiye bağlı düşünülmez; hiperkalseminin ortaya çıkış hızı, serum pH'sı, altta yatan eski EKG bulguları ve kullanılan ilaçlar gibi birçok değişken EKG bulgularını etkiler

Yapılan çalışmaların çoğunda hiperkalsemiye bağlı EKG bulguları olguların yarısından azında saptanabilmiştir.

Ancak şunu belirtmek lazım; Yapılan çalışmalarda kötü sonlanım gelişen hiçbir hastada normal EKG saptanmadığı gözlenmiştir.

Kötü prognozlu hastalarda en sık karşılaşılan EKG değişiklikleri ise; QRS de uzama ve bradikardidir.

Normal bir EKG hiperkalsemi varlığını dışlamaz, ancak kötü sonlanım ihtimali düşüktür.

Hiperkalseminin en önemli ve tehlikeli olabilecek bulguları kardiyak bulgularıdır

Nöromusküler Bulgular ; spesifik değildir.

Hipokalemi de olduğu gibi kaslarda kuvvet azalması, güçsüzlük, parestezi, paralizisi oluşabilir.

Ayrıca kas krampları, tetani, fokal nörolojik defisit ve arefleksi olabilir.

Solunum kaslarını tutan paraliziler gelişebilir.

GiS : bulantı, kusma, ishal

TEDAVİ

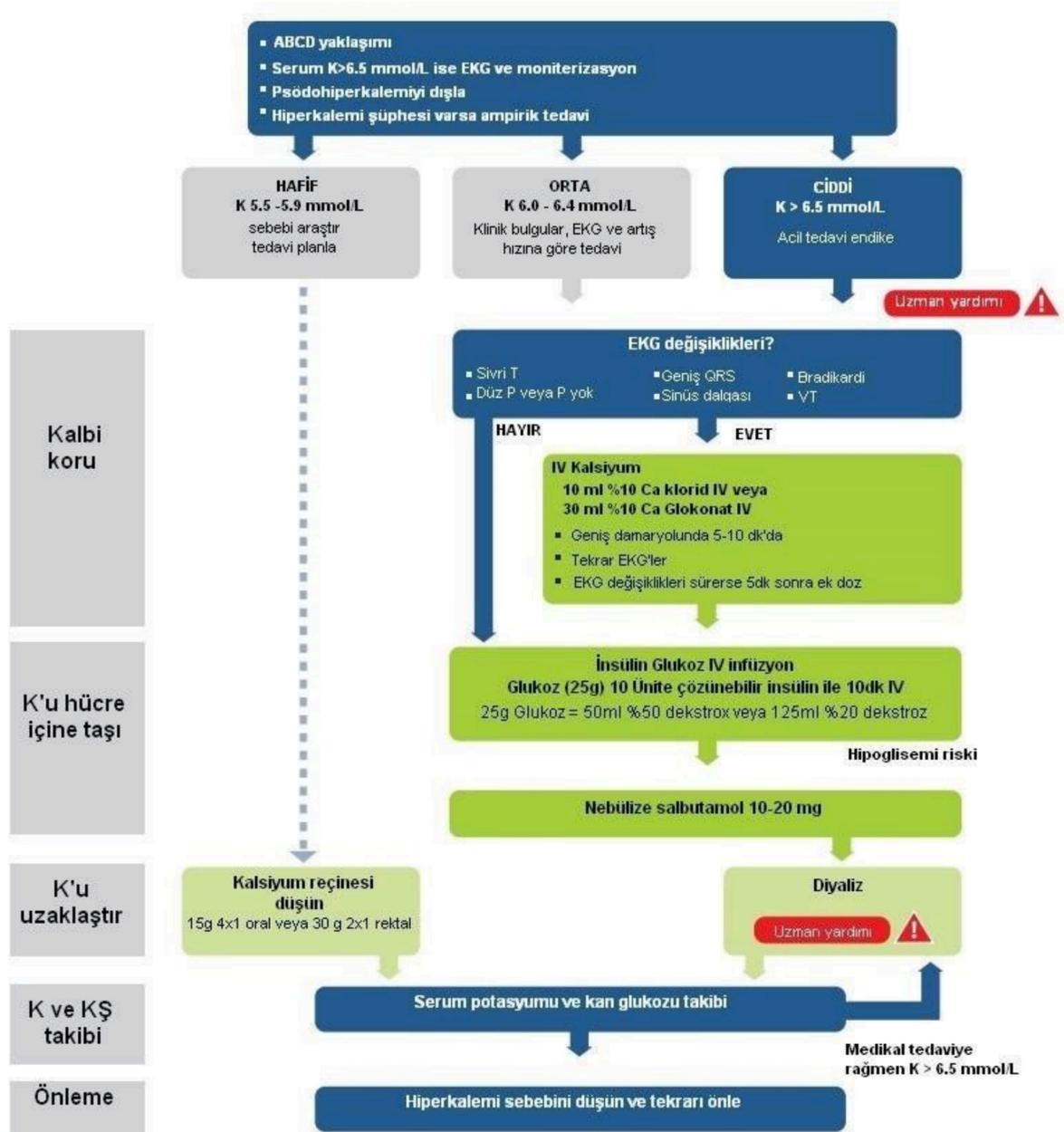
Hızlı ilerleyen kanserlerde, büyük kitelli hastalarda ve sitotoksik tedaviden acil ve hızlı iyileşme beklentisi olan hastalarda tedaviye profilaktik olarak başlamak önemlidir.

Tabii ki bu tedaviler acil servislerde değil malignite tedavisinin yapıldığı merkez ve klinik tarafından planlanmalıdır.

Hastaları korumak için kemoterapiden(KT) 48 saat önce başlanan sıvı tedavisi, KT uygulamasını takiben 48 saat daha sürdürülmelidir.

Hiperkalsemi tedavi stratejisinde 5 basamaklı yaklaşım önerilmektedir

- 1.Kardiyak koruma
- 2.Potasyumu hücre içerisine sokma
- 3.Potasyumu vucüttan uzaklaştırma
- 4.Serum K+ ve glukoz düzeylerini izleme
- 5.Rekürrens önlenmesi



HAVVA SERİN YİĞİT

Ancak bazı hastalarda serum potasyum düzeyleri EKG değişiklikleri ile yakın korelasyon göstermez.

Göreceli olarak normal EKG'si olan hastalar da; ani kardiyak arrest geçirebilir.

Hiperkalemiadaki mortalite riski hastanın klinik semptomlarından bağımsızdır ancak hiperkaleminin kardiyak duruma olan akut etkisi mortalite riskini belirler

Hiperkalemi aynı zamanda kas kontraktilesini de etkiler,iskelet kasları özellikle hiperkalemiye karşı hassastır ve kaslarda zayıflığa neden olur(lastik ya da spagetti bacaklar)

Ciddi hiperkalemili hastalarda diyafram kasının paralizisine bağlı olarak respiratuar yetmezlik meydana gelebilir

Acil hallerde, laboratuvar testlerini beklemektense, hemen arteriyel veya venöz kan gazında; K+ düzeyi bakılır

Hiperkalemiden yüksek derecede şüpheleniliyor ise (özellikle EKG değişiklikleri varlığında), hayat kurtarıcı tedaviye başlanmalıdır.

İlk Yaklaşımda;

Harici potasyum alımı kesilir, Potasyum tutucu ilaçlar kesilir, Hiperkaleminin şiddeti ve hastanın durumunu değerlendirilir

TEDAVİ

En önemli basamak İV hidrasyondur.

Orta- ileri riskli tüm hastalara önerilir.

Hastalara idrar çıkışı 80-100 ml/m² olacak şekilde İV sıvı verilmelidir.

Renal yetmezlikli olan ya da sıvı açığı olan hastalar da risk altındadır.

Tedavide yüksek idrar çıkışının sağlanması riskleri azaltabilir.

İntravasküler volümün kontrolü ve kristaloid sıvı desteği ile GFR'nin artırılmasıyla kontrol sağlanır.

Hidrasyon uygulaması 3-3,5L/m² günlük olarak devam ettirilmeli ve

3 L idrar çıkışı sağlanmalıdır

Önemli Ekg değişikliği varsa 30ml kalsiyum glukonat verilir

Hiperkaleminin şiddetine göre tedavi yaklaşımında;

Relatif Hiperkalemi (5-6mEq/L) & Asemptomatik Altta yatan neden belirlenmeli ve tedavi edilmeli

Diüretik (furosemid 40-80 mg IV)

Kayekselat 15-30 gr oral(Sodyum polistiren sulfonat-kasyon değiştirici reçine) (Potansiyel zararları ve etkinliğinin olmaması nedeniyle, akut hiperkalemi yönetiminde rutin olarak kullanılmamalıdır.)

ORTA DÜZEYDE HİPERKALEMİ(6-7mEq/L)

Glukoz&insülin tamponize mai hiperkalemiyi hızlı düzeltmede;

25gr glukoz(50 ml %50dektroz) + 10 U insülin /30 dk

İnsülin, serum potasyum seviyesinin düşürülmesinde en etkili ajandır.

(10 ü insülin uygulamasının ardından serum potasyumu 1 mmol/L kadar düşebilir)

Na HCO₃: 50-100mEq IV / 5 dk

İnhale beta agonistler (Albuterol): 10-20 mg / 15 dk

CİDDİ DÜZEYDE HİPERKALEMİ (>7 mEq/L)

Ca klorid (%10): 500-1000 mg IV / 5 dk

Serum potasyumunda 0,5-1,0 mmol/L kadar düşüş sağlayabilir.

Etki başlangıcı 15-30dk; etki süresi 4-6 saat) Na HCO₃: 50 mEq IV / 5 dk

Glukoz&insülin: 25 g (50 ml D50) + 10 U insülin / 30 dk

Albuterol (nebulize): 10-20 mg /15 dk

Furosemid: 40-80 mg IV

Kayekselat: 15-50 gr oral

Diyaliz

HİPERKALEMİK HASTALARDA ANA DİYALİZ ENDİKASYONLARI

Ciddi ve hayatı tehdit edici hiperkalemi

(EKG değişiklikleri veya aritmiler olsun veya olmasın)

Medikal tedaviye dirençli hiperkalemi

Son dönem renal hastalık

Oligürik akut renal hasar (AKI) (<400 mL/gün idrar çıkışı)

Ciddi doku yıkımı (ör. rabdomiyoliz)

Hafif hiperkalemisi olan klinik açıdan stabil, EKG de hiperkalemiye bağlı bulgusu olmayan hastalarda kalsiyum vermeye gerek yok denilebilir.

Ayrıca onkolojik hastalarda; hiperkalemi ve beraberinde hiperfosfatemiye yönelik; ürik asit metabolizmasında ksantin oksidaz enzimini inhibe eden

Allopurinol ;

8 saatte bir 100 mg/m²oral maksimum 800 mg/gün veya

200- 400 mg/m² /gün 1-3 eşit dozda İV maksimum 600 mg/gün

Rasburicase (ürik asit oksidaz enziminin sentetik türevi)

0.05-0.2 mg/kg İV 30 dakikada kullanılır.

(G6PD eksikliği olan hastalarda kontraendikedir)

***Gerekli durumlarda hemodiyaliz

tümör lizis sendromunda ve tüm elektrolit anormalliklerini düzeltmede etkindir

HİPERKALEMİ TEDAVİSİ İLE İLİŞKİLİ ANA RİSKLER

1-Hipoglisemi

İnsülin-glukoz uygulanmasına bağlı olarak, sıklıkla tedavinin 13.saatlerinde görülür, ancak infüzyon sonrası 6.saate kadar uzayabilir. Kan şekeri takibi gerekmektedir.

Bu nedenle, ilk 2 saatte her 30 dk.da bir, ardından uygulama sonrası

6.saate kadar saat başı şeklinde kan şekeri takibi önerilmektedir.

Hipoglisemi saptanması halinde, İV bolus hipertonic glukoz uygulaması önerilmektedir.

HAVVA SERİN YİĞİT

2-Doku nekrozu

İV kalsiyum tuzlarının damar dışına ekstravaze olmasına bağlı görülebilir. Uygulama öncesinde güvenli bir damaryolunun varlığından emin olunmalıdır. Kalsiyum glukonat uygulamasında doku nekrozu riski daha düşüktür.

3-İntestinal nekroz veya obstrüksiyon

Potasyum değiştirici reçinelerin kullanılmasına bağlı olarak görülebilir. Reçinelerin uzun süreli kullanımından kaçınılmalı ve laksatifler uygulanmalıdır.

4-Rebound hiperkalemi

Tedavi etkisinin sona ermesi nedeniyle özellikle 4-6 saat sonra görülebilir. Serum potasyum düzeylerinin en az 24 saat boyunca izlenmesi önerilmektedir. İnsülin-glukoz infüzyonu ve beraberinde nebulize salbutamol uygulaması, serum potasyumunda 30-60dk içerisinde etkili bir düşüş sağlayacaktır. Bu etki 4-6 saat sonrasında ise sonlanmaktadır. Bu nedenle uygulama sonrasında 1 ve 2.saatlerde etkin düşüş; 46.saatlerde ise olası rebound yükselme açısından serum potasyum düzeylerinin yakın kontrolü önerilmektedir.

Onkolojik hastalarda dinamik tedavi süreçlerinde; pek çok farklı şekillerde onkolojik metabolik bir acil olarak hiperkalemi ile acil serviste sıkça karşılaşabiliriz

KAYNAKLAR

1-Cander Acil Tıp Temel Başvuru Kitabı Bölüm 4

2-Türkiye Klinikleri J Emerg Med-Special Topics 2017;3(2):148-54

İbrahim İKİZCELİ, Afşın İPEKÇİ Acil Tıp AD, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Geliş Tarihi/Received: 31.08.2016

3-Walls, R., Hockberger, R., & Gausche-Hill, M. (2017). Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice E-Book. Elsevier Health Sciences

4-Tintinalli, J. (2015). Tintinallis emergency medicine A comprehensive study guide. McGraw-Hill Education

5-Gupta AA, Self M, Mueller M, Wardi G, Tainter C. Dispelling myths and misconceptions about the treatment of acute hyperkalemia . Am J Emerg Med. 2021;52:85-91. doi:10.1016/j.ajem.2021.11.030 6-ERC 2015 Kılavuzu 4.bölüm

İBRAHİM BABALIOĞLU

SPİNAL KORD BASILARINDA RADYOTERAPİ

Uzm.Dr.İbrahim Babalioğlu

Konya Şehir Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi

Spinal kord basısı tüm kanser vakalarının %5-10'unda görülür. Gerçek acil bir durumdur ve agresif tedavilere rağmen tedavi sonuçları maalesef tatmin edici değildir. Hastaların ancak üçte biri 1 yıldan daha uzun bir süre yaşayabilir. Semptomların oluşma süresi ve hızı, tümör histolojisi, tedavi öncesi ambulatuvar durum ana prognostik faktörlerdir. Uzun sürede veya yavaş bir şekilde semptomların meydana gelişi, radyosensitif histolojik tümör tipi (multipl myelom, germ hücreli tümör, küçük hücreli akciğer kanseri gibi) ve tedavi öncesi ambulatuvar durum iyi prognostik belirteçlerdir. Semptom olarak; sırt ağrısı (%70-95), kuvvet kaybı (%60-90), sensorial defisit (%45-90), otonomik disfonksiyon (%40-60) görülmektedir.

Spinal kord basısının temel olarak 4 mekanizması vardır. Epidural ekstansiyon ile kitle etkisi (en sık), paraspinal bir kitlenin nöral foraminadan ekstansiyonu (çocukluk çağı tümörlerinde en sık), kemik yapıda destrüksiyona bağlı retropulsiyon, epidural hematojenöz yayılım (nadiren) ile olur. Venöz pleksusta meydana gelen kompresyon sonucu venöz obstrüksiyon oluşur. Buna bağlı olarak vazojenik ödem sonrası kapiller kan akımında azalma görülür. Nihayetinde meydana gelen iskemi ile demiyelinizasyon gerçekleşir.

En sık olarak, meme, akciğer ve prostat kanserinde görülür ki vakaların yaklaşık %20'sini oluşturur. Çocukluk çağında ise nöroblastoma (en sık), Wilms tümörü ve Ewing sarkomunda daha sık görülür. Klinik şüphe durumunda ilk yapılacak tetkik manyetik rezonans görüntülemidir. Vakaların yarısında multipl seviyede tutulum görülmekle beraber sıklık olarak; torakal vertebra (%60-80), lomber vertebra (%15-30) ve servikal vertebra (<%10) seviyelerinde görülür. Hastanın kanser tanısı veya daha önceden tespit edilmiş bir metastazı yoksa biyopsi düşünülür.

Spinal kord basısı vakası ile karşılaşıldığında ilk yapılması gereken şey derhal steroid başlamak. İntravenöz bolus 10-100 mg deksametazon literatürde kullanılan dozlardır. Ancak yüksek doz steroid ile ek katkı olmaması sebebiyle 10 mg ile tercih edilebilir. 24-48 saat IV uygulamadan sonra oral deksametazona geçiş 4-6 mg / 6-8 saatte bir olacak şekilde 3 gün sonrasında 10 günlük tapering yapılabilir.

Steroid başlandıktan sonra zamanı etkin kullanmak adına beyin cerrahisi ve radyasyon onkolojisi görüşleri alınarak multidisipliner yaklaşım planlanmalıdır. Bu süreçte vertebra stabilizasyonuna göre kategorizasyon yapılmak üzere spinal instabilite neoplastik skor (SINS) isimli skorlama sisteminden yararlanılır. Lokasyon, ağrı, lezyon tipi, spinal hiza şekli, çökme ve vertebra tutulum durumu, posterolateral vertebral eleman tutulumu parametrelerine göre bir skor oluşur. Bu skor; 0-6 ise stabil, 7-12 ise belirsiz, 13-18 ise instabil durum olarak kategorize edilir.

Spinal kord kompresyonu yokken fraktür veya instabilite olması durumunda; cerrahi stabilizasyon veya ogmentasyon sonrası radyoterapi (RT) düşünülür. Fraktür veya instabilite yoksa; RT, cerrahi sonrası RT veya sistemik tedavi (kemosensitif tümörlerde) planlanabilir. Spinal kord kompresyonu olması durumunda steroid başlandıktan sonra; cerrahi sonrası RT, RT veya sistemik tedavi (ancak kemosensitif tümörlerde) sırasıyla tedavi seçenekleridir.

Tek lokalizasyonda bası, yaşam beklentisi 3 aydan fazla olan ve pleji durumu 24 saati geçmemiş olgularda maksimum güvenli debulking cerrahi sonrası RT hedeflenir. Fraktür veya yüksek SINS'u veya kemik yapıda retropulsiyon varsa cerrahi stabilizasyon sonrası RT yapılmalıdır. Akılda tutulması gereken bir husus laminektominin debulking veya stabilizasyona eş değer olmadığıdır. Tümörün sıklıkla tekal sakın önünde yer alması nedeni ile laminektomiyle dekompresyon ya çok az olur ya da imkansızdır. Laminektomide posterior yaklaşım yapılması sonucu spinal instabilite kötüleşebilir. Hematolojik tümörlerde (myelom, lenfoma, lösemi) cerrahi öncelikli seçenek değildir. Epidural kompresyonu ve radyoduyarlı olmayan histolojiye sahip tümörlerde cerrahi öne çıkmaktadır. Bununla birlikte cerrahi endikasyonları; spinal instabilite, bilinen kanser tanısının olmaması, RT esnasında nörolojik durumda hızlı bozulma, ilgili bölgeye RT öyküsü, tek bölgede spinal kord kompresyonudur. Çoklu kompresyon veya hastanın cerrahi için fit olmaması durumunda acil RT uygulanmalıdır.

Çalışmalara bakıldığında zaman Patchell'in (Lancet, 2005) prospektif randomize çalışması öne çıkmaktadır. RT (30 Gy) ve cerrahi + postop RT (30 Gy) karşılaştırdığı çalışmada; yürüme (%19 vs %62), uzun mesafe yürümeyi koruma (13 gün vs 122 gün), sağkalım (100 gün vs 126 gün), ağrı kesici ve steroid kullanımına azalma yönünde katkı cerrahi + postop RT kolunda görülmüştür. Rades (IJROBP, 2011) çalışmasında: 265 hasta, kısa dönem RT (8 Gy/1 fraksiyon (fr), 20 Gy/5 fr) vs uzun dönem RT (30 Gy/10 fr, 37.5 Gy/15 fr, 40 Gy/20 fr); 1 yıllık lokal kontrol (%61 vs %81), motor iyileşme (%37 vs %39), genel sağkalım (%23 vs %30) bildirmiştir. Rades (Strahlenther Onkol, 2011) ise, 193 favorabl sağkalım prognostik hastada 30 Gy/10 fr vs daha yüksek doz (37.5 Gy/15 fr veya 40 Gy/20 fr); 2 yıllık LK (%71 vs %92), PSK (%58 vs %90), GSK (%53 vs %68) raporlamıştır. ARO 2009/01 (Rades, JCO, 2016) çalışmasında: 203 kötü ve orta prognozlu hastada 20 Gy/5 fr, 30 Gy/10 fr ile 6 aylık stabilite, yürüme katkısı ve yanıt oranı açısından fark olmadığı bulunmuştur. Rades'in (Cancer, 2008) çalışmasında, 124 metastatik kord kompresyonlu hastada alan içi rekürrenste reirridasyon; motor fonksiyon katkısı %36, stabil yanıt %50 olarak elde edilmiştir.

Radyoterapide kullanılan konvansiyonel tedavi şemaları 8 Gy/1fr, 20 Gy/5 fr, 30 Gy/10 fr, 37.5 Gy/15 fr ve 40 Gy/20 fr şeklindedir. En sık kullanılan standart şema olan 30 Gy/10 fr'luk şemadır. Standart şemadan daha az fraksiyonlu şemalar kısa dönem tedaviler olup daha çok kötü prognozlu hastalarda tercih edilir. Standart şemadan daha fazla fraksiyonlu şemalar ise uzun dönem tedavilerdir ve nispeten daha fazla yaşam beklentisi olan hastalarda kullanılabilir. Konvansiyonel tedavi şeklinde ayrı stereotaktik beden radyoterapisi (SBRT) denilen RT tekniği, kısıtlı bir hacime yüksek doz radyasyon yönlendirilerek cerrahi etki amaçlanan ablatif bir RT metodudur. Spinal kord kompresyonlu hastalarda SBRT seçili olgularda veya konvansiyonel RT sonrası rekürrenslere önerilir. Konvansiyonel veya SBRT metodlarından hangisi seçilecek olsun ikinci seri RT planında (aynı bölgeye tekrar RT) ilk RT üzerinden 6 ay geçmesi gereklidir.

MEMDUHA AYDIN

Onkoloji Hastalarıyla ve Yakınlarıyla Tedavi Yolculuğuna Başlarken: “Kötü haber verme” teknikleri

Doç.Dr.Memduha Aydın

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları

Tıpta hasta hekim iletişimi içinde en özel ve zor durumlardan birisi kötü haber vermedir. Hekimin en zor sorumluluklarından biridir. Kötü haber, bireylerin beklenti halinden daha olumsuz sonuçları olan, mevcut yaşantı ve geleceğine bakış açısına önemli derecede olumsuz yönde etki edecek olan haberdır. Ptacek ve Eberhardt kötü haberi “Ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamdaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj” olarak tanımlamıştır.

Onkolojide kötü haber verme süreci, kanser teşhisi almış bir hasta ve onun ailesi için kritik bir dönemdir. Bu süreç, hastanın psikolojik sağlamlığı, tedaviye uyum düzeyi ve genel yaşam kalitesi üzerinde derin etkiler yaratabilir. Dolayısıyla, bu tür haberlerin dikkatli bir şekilde iletilmesi büyük önem taşır. Kötü haberi vermede yanıtlanması gereken en önemli sorular “Kötü haber verilmeli mi?” “Kötü haberi kim vermeli?” ve “Kötü haberi nasıl vermeli?” olarak sıralanabilir.

“Kötü haber verilmeli mi?": Bilgilendirme hakkı, Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'da düzenlenen toplantıda Uluslararası Hasta Hakları Bildirgesinin 7. maddesinde tanımlanmaktadır. Türk Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliği de, hastanın bilgilendirme hakkını yasaya bağlamıştır. Ayrıca 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nin üçüncü bölüm, 15. Maddesinde, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı net olarak tanımlanmıştır. Bu bilgiler ışığında “Kötü haber verilmeli mi?” sorusu yerini diğer sorulara bırakmaktadır.

“Kötü haberi kim vermeli?": Hastaya verilmesi gereken kötü haber, tedavisinden birinci dereceden sorumlu olan hekim ya da ilk başvurduğu tanıyı koyan hekim tarafından verilmelidir. Bu hekim hasta ile en yakından ilgili ve iletişim halinde olan kişidir. Hasta ile etkileşimi en çok olan hekimin kötü haberi vermesi önerilmektedir. Ayrıca tetkik amacı ile gönderildiği laboratuvar görevlisi ya da konsültasyona gelen hekimin gerekli tıbbi bilgiyi hastaya değil, tedavisinden sorumlu hekime vermesi gerekir. Kimi kez kanserli hastalarda psikiyatrist veya psikolog, hatta hemşire tarafından bilgilendirme girişimi de uygun değildir.

“Kötü haberi nasıl vermeli?": Kötü haberin uygun şekilde verilmemesi sonucunda hastaların uyumları olumsuz etkilenmektedir. Birdenbire, hastayı hazırlamadan bilgi verilmesi, telefonda söylenmesi ya da hekim dışında sağlık ekibinin herhangi bir üyesi tarafından verilmesi gibi durumlar uygun değildir.

Hekimlerin kötü haber vermede güçlük çekmelerinin birçok sebebi vardır. Hekimin haberi nasıl söylemesi gerektiğini bilememesi, kendi tecrübelerinden dolayı hastalık ve ölümden kişisel olarak korkma, mevcut hekim hasta ilişkisini bozmaktan korkma, duygularını ifade etmede kendini yetersiz hissetme, sorulacak sorulara “bilmiyorum” demek durumunda kalma ve hastanın belirsizliğini paylaşmaktaki güçlük gibi nedenler

hekimlerin kendilerini kötü haber verme sırasında ciddi derecede gergin hissetmelerine ve bu zor görevden imtina etmelerine yol açar. Literatür incelendiğinde bu sebeplerin büyük çoğunluğunun tıp eğitimi sırasında genellikle biyomedikal eğitime önem verildiği ve etkin iletişim yöntemlerine yönelik eğitimin yetersizliğinden kaynaklandığı görülmektedir.

Hangi nedenle olursa olsun sonuçta hekimlik mesleğinin bir parçası olan “Kötü haber verme”deki zorluklar bunun için geliştirilmiş birtakım yöntemlerle aşılabılır. Yapılan çalışmalar, hastayla iletişim ve kötü haber verme becerilerinin öğretilebilir ve sürdürülebilir olduğunu göstermektedir. Bu yöntemler hekimlerin mutlak uyması gereken protokoller olmayıp, her kültürde adapte edilerek takip edilebilir, bu protokoller hekime rehberlik eder ve bu zor görevin daha kolay ve profesyonel yapılmasını sağlar. Hastanın değerlerini belirlemeye yönelik bir plan, karar vermeye katılmak istemek ve kötü haberler açıklandığında sıkıntılarını gidermek için bir strateji, doktorun olumsuz tıbbi bilgileri de verme görevine olan güveni artırabilir.

Bunlar arasında en çok kullanılanlar, SPIKES ve ABCDE protokolleridir. Bununla birlikte BREAKS protokolü ve Kaye'in 10 basamaklı yaklaşım modeli gibi pek çok model de tanımlanmış ve kullanılmaktadır.

SPIKES protokolü S - Setting Up The Interview (Görüşmeyi Ayarlama), P - Assessing The Patient's Perception (Hastanın Ne Kadarını Bildiğini Öğrenmek), I - Obtaining The Patient's Invitation (Hastanın Ne Kadar Bilmek İstediklerini Öğrenmek), K - Giving Knowledge And Information To The Patient (Bilgileri Paylaşmak), E - Addressing The Patient's Emotions With Empathic Responses (Hastanın hislerini yanıtlama), S - Strategy and Summary (Planlama ve takip etme) başlıklarından oluşmaktadır.

S - Setting Up The Interview (Görüşmeyi Ayarlama): Zihinsel prova stresli işlere hazırlanmak için yararlı bir yoldur. Bu, hastaya anlatma planını gözden geçirerek ve hastanın duygusal reaksiyonlarına ya da zor sorularda nasıl tepki vereceğine göre yapılabilir. Kötü haberlerin hastalar için çok üzücü olmasına rağmen, bilgilerin gelecek için plan yapmalarında önemli olabileceği hatırlanmalıdır.

P - Assessing The Patient's Perception (Hastanın Ne Kadarını Bildiğini Öğrenmek): SPIKES'in 2. ve 3. basamakları "söylemeden önce sor" esasına dayanmaktadır. Yani, tıbbi bulguları tartışmadan önce, hekim hastanın bildikleri ve ne kadar bilmek istedikleri hakkında iyi bir resim oluşturmak için açık uçlu sorular kullanmalıdır.

I - Obtaining The Patient's Invitation (Hastanın Ne Kadar Bilmek İstediklerini Öğrenmek): Hastaların bilgi alma ile ilgili tutumları değişkenlik gösterebilir. Hastaların bir kısmı hastalık, tedavi süreci ve prognozla ilgili detaylı bilgi almak isterken bir kısmı bilgi almak istemeyebilir.

K - Giving Knowledge and Information To The Patient (Bilgileri Paylaşmak): Bilgilendirme yaparken hastanın yaşı, sosyokültürel düzeyi, inançları dikkate alınmalıdır. Bazı kültürlerde ölümü konuşmanın ölümü yaklaştırdığına veya psikolojik olarak zarar verdiğine inanılır. Birisine olumsuz durumun söylenmesinin, hastalığıyla mücadele etme isteğini ve umutlarını yok edeceğine inanılabilir.

E - Addressing The Patient's Emotions With Empathic Responses (Hastanın hislerini yanıtlama): Hastanın duygularına tepki vermek kötü haber vermenin en büyük zorluklarından birisidir. Hastaların duygusal tepkileri sessiz kalmaktan hasta olduğunu reddetme, ağlama veya öfke patlaması gibi durumlar arasında değişiklik gösterebilir. Bu durumda hekim “Bu sizin duymayı beklediğiniz bir sonuç değildi sanırım” gibi uygun bir cevap vererek hastayı anladığını göstermelidir. Onun duygularını yakaladığını ve anladığını ifade etmesi, haberin onu nasıl etkilediğine önem verdiğini göstermelidir.

S - Strategy and Summary (Planlama ve takip etme): Gelecek ve tedavi planı ile ilgili görüşmeden önce hastaya bu görüşme için hazır olup olmadığı sorulmalıdır. Gelecek ile ilgili planı olan hastalar daha az endişe duygusu taşırlar. Hasta ile tedavi planı belirlenirken hastaya tedavi seçenekleri sunulmalı ve hasta ile hekim tedavi sürecine beraber karar vermelidir. Sorumluluğun paylaşılması tedavinin olumsuz seyri durumunda hekimin başarısızlık hissini azaltmaktadır.

Sonuç olarak onkolojik durumlarda kötü haber vermek, etkili bir iletişim ve empati gerektiren bir süreçtir. Sağlık profesyonellerinin bu konuda eğitim alması ve uygulamalı deneyim kazanması, hastaların bu zorlu süreci daha kolay atlattıklarını sağlayacaktır.

Kaynaklar:

Buckman, R. (1992). Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals. *The Journal of the American Medical Association.

Baile, W. F., et al. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. The American Society of Clinical Oncology Educational Book.

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Effective communication skills are vital in cancer care. BMJ.

Ptacek JT & Eberhardt TL (1996). Breaking bad news: a review of the literature. Jama 276(6): 496-502.

MERYEM AKTAN

Kanamalarda (Acil) Radyoterapi

Uzm.Dr.Meryem Aktan

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi

- Onkoloji kliniklerine başvuran hastaları yaklaşık %3 ü acil RT gerektiren endikasyonlara sahiptir.
- Bu onkolojik acil durumlar, "bir organ fonksiyonuna yönelik geri döndürülebilir bir tehditten kaynaklanan ve tanıdan sonra en kısa sürede radyoterapi gerektiren durumlar" olarak tanımlanmaktadır. Bu durumlarda, başka hiçbir önlemin, semptomların benzer ve hızlı bir şekilde hafifletilmesini sağlaması muhtemel değilse RT endikedir ve acildir.
- **Onkolojik Aciller;**
- Omurilik basıları(%42)
- Tümör basısına bağlı Vena cava superior sendromu(%28)
- Kafa içi basınç artışı sendromu (11)
- Tümöre bağlı abondan kanamalar (%9)
- Tümöre bağlı solunum yolu obstrüksiyonları sonucu dispne ve atelettazi (%8)

Acil RT nin etkili olduğu endikasyonlardır.

- Acil RT uygulandığında etkinlik oranlarına baktığımızda da;
- Spinal kord basılarında %50
- VCSS da %70
- Bronşial obstrüksiyonlarda %80
- Kanamalarda %70
- Diğer endikasyonlarda da %80 etkili olduğu bilinmektedir.
- Örneğin, VCS sendromlu hastalarda sevk ile acil RT' nin başlangıcı arasındaki zaman 2 saatten az ise hasta sonuçları önemli ölçüde iyileştiği gösterilmiştir
- Bu nedenle, acil RT'nin derhal verilmesi esastır.
- Bu genellikle acil hastalar normal çalışma saatleri içinde RT' ye sevk edilirse garanti edilir.
- Ancak, acil durumlar sıklıkla çalışma saatleri dışında meydana gelir ve sınırlı kaynaklarla acil ve yeterli tedavi uygulanmaya çalışılır.
- Eğer daha önce RT uygulanmış hastaya acil RT uygulanacaksa;
- Daha önceki alan sınırları, RT dozu, RT zamanı mutlaka sorgulanmalıdır.
- Histoloji, tedavi öncesi performans durumu, tedaviye yanıt için önemli prognostik faktörlerdir.
- **Tümöre bağlı kanamalar;**
- Jinekolojik kanserler (serviks ve endometrium CA)
- Mesane kanserleri
- Akciğer kanserleri, özellikle bronşa açılan kitleden kanama
- Rekürren kolorektal kanserlerde rektal kanamalar
- Kanamaya yönelik acil radyoterapide amaç:
- Öncelikle kanamayı durdurmak
- Sonrasında altta yatan hastalığın tedavisine katkıda bulunmak
- Tümöre bağlı kanamalarda RT dozları;
- 800 cGy/ tek fraksiyon
- 400 cGy/ 5 frk
- 300 cGy/10-12 frk
- Jinekolojik tümörlerden gelen venöz sızıntı nedeniyle oluşan vajinal kanamalarda, tüm pelvise tek doz 10 Gy Rt nin etkililiği olduğunu gösteren retrospektif çalışmalar mevcuttur.
- Bu tedavi şeması gerektiğinde 4 hafta ara ile 1-3 kez tekrarlanabilmektedir.
- RT etkinliği, ilk uygulama sonrası 24-48 saat içinde görülmektedir.
- RT alanları olarak ilk 2 uygulamada tüm pelvis alanı seçilirken, 3. uygulamalarda alan küçültmeye gidilebilmektedir.
- Yanıt oranlarının %88 civarında olduğu belirtilmiştir.
- Akut yan etki olarak hafif- orta derecede bulantı ve diyare bildirilmiştir.
- %5 oranında ise barsak perforasyonu ve rektal stenoz bildirilmiştir. Bu yan etkiler genellikle 9 aydan sonra gözlenmiş olup yaşam beklentisi 9 aydan fazla olan hastalarda 3 doz hipofraksiyone RT genellikle önerilmemektedir.
- Rekürren rektum kanserinde palyatif amaçlı RT uygulanan 52 hastanın retrospektif analizinde RT dozu olarak 30-30.6 Gy Rt/1.8-2 Gy/frk olarak uygulanmış olup yanıt oranları değerlendirildiğinde kanamada %100, ağrıda %98 , kitle basısına bağlı semptomlarda %88 yanıt alındığı görülmüştür.
- Ortalama palyasyon süresinin 8-10 ay olduğu ve ortalama sağkalımın ise 12 ay olduğu bildirilmiştir.
- İleri evre rektum ve anal kanserlerde yüksek doz-rate brakiterapi palyatif tedavi seçeneği olarak uygulanmıştır.
- 22 hastalık seride, anal verge 10 cm lik uzaklıktaki alanda olan tümörlerde tek doz 10 Gy RT uygulamasıyla kanamada %64, mukozal akıntıda %64, ağrıda %87 oranında yanıt alınmıştır.
- Median yanıt süreleride kanamada 10 ay, ağrıda 7 ay, akıntıda 4 ay olarak bildirilmiştir.
- Palyatif dozlarla uygulanan acil RT ile kanamanın kontrol altına alınma oranı %80 ler bulabiliyor.
- Farklı fraksiyon şemalarının genel olarak birbirine üstünlüğü gösterilememiştir.
- Onkolojik acil durumlar için uygulanan radyoterapi: yaşam kalitesini iyileştirir ve yanıt veren hastalarda daha uzun bir sağ kalım süresiyle ilişkilidir.

MURAT KURU

KUBLER-ROSS MODELİNİN İMKANLARI VE SINIRLILIKLARI

Uzm.Dr.Murat KURU

Konya Şehir Hastanesi Hastanesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları

Elisabeth Kübler Ross, 1926 yılında İsviçre'nin Zürih kentinde doğan üçüz kızdan biriydi. 900 gram doğmasına rağmen annesinin ilgisi ve sevgisiyle hayatta kalmayı başardı. 5 yaşında pnömoni nedeniyle hastaneye kaldırıldığında, oda arkadaşının huzurlu ölümüne tanık olmak onun ölümle ilgili ilk deneyimi oldu. Çocukluk döneminde hatırladığı diğer bir olayda ağaçtan düşen ve yaşamayı beklenmeyen çiftçinin tek isteği evde ölmektir. Bu isteği sorgulanmaksızın kabul edildi. Yaşamının erken dönemlerinde yaşadığı bu deneyimler ölümün hayatın birçok aşamasından yalnızca biri olduğuna, ölmekte olanların ve etrafındakilerin bununla huzurla ve onurla yüzleşmeye hazır olmaları gerektiğine inanmasına yol açtı. (https://cfmedicine.nlm.nih.gov/physicians/biography_189.html)

1951 yılında Zürih Tıp Fakültesi'ne kaydoldu ve 1958 yılında New York'a taşındı. Psikiyatri ihtisasını 1959 yılında Manhattan Hastanesi'nde yapmaya başladı.1960'ların başında New York'ta şizofreni ve diğer "umutsuz" hastalar için saygın ve özsaygı kazandıran, onları sakinleştiren ilaçları azaltan ve dış dünyayla ilişki kurmalarını sağlayan tedavi programlarını oluşturmak için çalıştı. Bu çalışmaları sırasında bilginin yalnızca zihinle değil, kalp ve ruhla birleştirilerek kullanılması gerektiğini vurguladı. Ölmekte olan hastaların ihtiyaçlarının genellikle görüldüğünü fark ederek bu konuya odaklanmaya başladı (Blaylock, B. L. 2005).

Ölüm ve Ölmek Üzerine isimli kitabına dönüşecek çalışmaları 1965 sonbaharında Chigago İlahiyat Fakültesi'nden dört ilahiyat öğrencisinin seçtikleri bir araştırma projesiyle ilgili Ross'a gelmeleriyle başladı. Sınıflarında, "insan hayatındaki krizler" hakkında yazmaları gereken bir ödevleri olan bu dört öğrenci, insanların yüzleşmesi gereken en büyük krizin ölüm olduğunu düşünüyordu. Bu konuyu Ross'la birlikte görüştüğünden sonra bunun en iyi yolunun terminal hastalardan kendilerine öğretmen olmalarını istemek olduğuna karar verdiler. Ancak, terminal hastalarla görüşmek için izin almak oldukça zordu. İlk hastasıyla karşılaştığında, ertesi gün görüşmeyi planladığı hasta maalesef ertesi gün konuşamayacak kadar zayıf düşmüştü. Kısa süre sonra hayatını kaybetti. Bu acı tecrübe, terminal hastaların zamanlarının ne kadar değerli olduğunu ona öğretti (Kübler-Ross, E. 2023, Ölüm ve Ölmek Üzerine).

Kübler-Ross, 1969 yılında "On Death and Dying" (Ölüm ve Ölmek Üzerine) adlı kitabını yayınladı ve bu kitap hızla en çok satanlar arasına girdi. Kasım 1969'da Life dergisi hakkında bir makale yazdı ve tıp camiası dışındaki bilinirliği arttı. Bu çalışmaları sayesinde, ölümcül hastalar ve aileleriyle çalışmaya odaklandı. Dünya genelinde hospice yani palyatif bakım programları başlattı. 7 Ağustos 1972'de Onurlu Ölüm hareketini desteklemek için ABD Senatosu Yaşlanma Özel Komitesi'nde konuştu. Kübler Ross, 24 Ağustos 2004'te Scottsdale'de 78 yaşında öldü.

Kübler-Ross Modeli: Beş Aşama

Kübler-Ross, ölümle başa çıkmanın beş aşamasını tanımladı:

1. İnkâr (Denial)
2. Öfke (Anger)
3. Pazarlık (Bargaining)
4. Depresyon (Depression)
5. Kabullenme (Acceptance)

Depresyonu iki şekilde ele aldı: tepkisel depresyon ve hazırlayıcı depresyon. Tepkisel depresyon bitirilmemiş işler, gerçekleşmeyecek hayaller ve geride kalanlarla ilgili endişelere bağlı olarak ortaya çıkar. Hazırlayıcı depresyon ise, yaklaşmakta olan kayba dair bir hazırlık sürecidir ve genellikle sessiz bir şekilde yaşanır. Kübler-Ross, bu süreç boyunca umudun mümkün olduğunu ve hastaların genellikle tedavi umudu taşıdıklarını belirtti.

Model beş aşamanın baş harflerinden oluşan DABDA şeklinde de literatürde geçer. Kübler-Ross modelinde ölümle başa çıkmaya çalışan kişilerin hala hayatta olduklarını ve tamamlanmamış ihtiyaçları olduğunu vurgular. Başkalarının ölümle başa çıkmaya çalışan kişileri aktif bir şekilde dinlemedikçe etkili bir bakım sağlayıcı olmalarının zor olduğunu söyler. Yine ölmekte olan hastaların yalnızca bakıma muhtaç olmadıklarını, aynı zamanda bize öğretecekleri şeyler olduğunu belirtir. Ölümle yüzleşen bireylerden, kendi sonluluğumuzla yüzleşmeyi, aynı zamanda dirençli ve uyumlu olmayı öğrenebiliriz. Ölümle yüzleşme süreci yalnızca bir kayıp değil, aynı zamanda insanı geliştiren bir süreçtir. Model ayrıca umudun süreç boyunca her zaman var olabileceğini savunur. Kübler-Ross'un aşama modeli, her bireyin bu aşamalardan doğrusal olarak geçmesi gerektiği anlamına gelmez. Aşamalar farklı sürelerde yaşanabilir, birbirinin yerine geçebilir ya da yan yana var olabilir (Corr, C. 1993, 2019, 2021).

Modelin yukarıda bahsettiğimiz imkanlarıyla birlikte bazı çok önemli sınırlılıkları vardır. Her şeyden önce insanlar, ölümü çok çeşitli ve bireysel yollarla deneyimler. Beş aşama modeli, her bireyin deneyimini tam olarak yansıtmaz ve doğrusal bir süreç olarak değerlendirilmesi yanıltıcı olabilir. Wortman ve Silver gibi araştırmacılar, aşama teorisinin eksikliklerine dikkat çekmiş, yas sürecinin daha uzun ve değişken olabileceğini savunmuşlardır (Silver & Wortman, 1980; Wortman & Silver, 1987, 1989, 1992).

Beş aşamalı model, her bireyin aynı sırayla bu aşamalardan geçmesi gerektiği gibi katı bir çerçeve sunduğundan, bireysel farklılıkları göz ardı etme riski taşır. Beş aşamalı model, yasin doğrusal bir süreç olduğunu ima ederken, gerçekte yas deneyiminin daha çok döngüsel ve ileri-geri hareket eden bir yapıya sahiptir. Beş aşamalı model normatif bir yapı olarak görülmesi durumunda yas sürecindeki bireyler üzerinde baskı oluşturabilir. Yas sürecinden geçen kişiler, bu belirli aşamaları geçmeleri beklendiğinden, yaslarını "uygun" yaşamayanlar kendilerini yetersiz ya da yanlış yapıyor gibi hissedebilir. Beş aşamalı model yas sürecindeki rahatlama, yalnızlık, suçluluk gibi birçok duyguyu ve düşüncüyü kapsamıyor. Sağlık profesyonelleri beş aşamalı modeli benimsediklerinde, yas sürecindeki bireylere rehberlik etmekle zorlanabilir, bu kişilere uygun olmayan aşamaları dayatabilir ve süreci basite indirgemelerine neden olabilir. (Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. 2017).

Bu nedenle, ölümle başa çıkan kişilere belirli bir aşama modeli dayatmak yerine, onların bireysel ihtiyaçlarını ve deneyimlerini dikkate almak daha önemlidir. Ölümle başa çıkma sürecinde aktif bir dinleme ve empati, etkili bir bakım sağlamak için temel unsurlardır. (Corr, C. 1993).

KAYNAKÇA

Blaylock, Barbara L. "In memoriam: Elisabeth Kubler-Ross, 1926-2004." (2005): 108.

Corr, C.A. (1993). Coping with Dying: Lessons that We Should and Should Not Learn from the Work of Elisabeth Kübler-Ross. *Death Studies*, 17(1), 69-83.

Corr, C.A. (2019). Revisiting Elisabeth Kübler-Ross: Past Contributions and Current Implications. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 79(1), 3-8.

Corr, C.A. (2019). Should We Incorporate the Work of Elisabeth Kübler-Ross in Our Current Teaching and Practice and, If So, How? *Death Studies*, 43(1), 20-28.

Corr, C.A. (2021). Kübler-Ross's Contributions to the Care of the Dying: Revisiting Her Work 50 Years Later. *Death Studies*, 45(1), 30-36.

Kübler-Ross, E. (1972). Senato Yaşlanma Özel Komitesi'ndeki konuşma.

Kübler-Ross, E. (2023). Ölüm ve Ölmek Üzerine (S. Soner, Çev.). Profil Kitap.

Ladies' Home Journal (1977). Yılın Kadını: Elisabeth Kübler-Ross.

Newman, L. (2004, September 11). Elisabeth Kübler-Ross. *BMJ*, 329(7465), 685.

Silver, R.C., & Wortman, C.B. (1987). Coping with Loss: The Dispelling of Myths. *Psychosomatic Medicine*, 49(5), 427-437.

Silver, R.C., & Wortman, C.B. (1992). The Myths of Coping with Loss Revisited. *Psychosomatic Medicine*, 54(3), 313-317.

Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning Health-Care Professionals: Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(4), 455-473.

Wortman, C.B., & Silver, R.C. (1980). The Myths of Coping with Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.

Wortman, C.B., & Silver, R.C. (1989). The Myths of Coping with Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.

MUSTAFA ŞAHİN

Jinekolojik Kansellere ve Tedavilerine Bağlı Uzun Dönemde Gelişebilecek Aciller

Uzm.Dr.Mustafa Şahin

Konya Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji

İçindekiler

- Giriş
- Kanser Tedavilerinin Uzun Dönem Etkileri
- Tromboemboli
- Bağırsak Obstrüksiyonu
- Üriner Sistem Komplikasyonları
- Lenfödem
- Nörolojik Aciller
- Psikososyal Sorunlar
- Sonuç ve Öneriler

Giriş

- Jinekolojik kanserlerin tedavisinde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapinin rolü.
- Tedavi sonrası izlem sürecinin önemi.

Kanser Tedavilerinin Uzun Dönem Etkileri

- Cerrahi: Organ disfonksiyonları,organ kayıpları, cerrahi alan komplikasyonları
- Kemoterapi: İmmünosupresyon, nörotoksisite gibi yan etkiler
- Radyoterapi: Radyasyon fibrozisi, lokal etkiler

Ağrı

- Kanser hastalarında en sık rastlanan semptomdur.
- Cerrahi tedavinin kapsam ve sonuçlarına, radyoterapinin lokal etkilerine, kemoterapinin uzun dönem yan etkilerine ve tümör rekürrensine bağlı gelişebilmektedir.
- Ağrı tedavisi nedene yönelik olup, tedavinin temelini farmakoterapi oluşturmaktadır.

Bulantı-Kusma

- Medulla oblongata retiküler formasyondaki bulantı-kusma merkezi etkilenir.
- Anksiyete, metastaz,hiperkalsemi, üremi,kemoterapi,gastrik staz,intestinal obstrüksiyona sekonder gelişebilmektedir.
- Serum elektrolitleri,ADBG,abdomen BT,kranial MR
- Etiyolojinin tespit edilemediği durumlarda birinci basamakta metoklopramid; ikinci basamakta 5-HT3 antagonistleri önerilebilir.
- Radyoterapi ve kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmalarda ise 5-HT3 antagonistleri ön planda düşünülebilir.
- Çevresel ve psikolojik faktörler de B-K 'ya katkıda bulunabilir.Ses, gürültü ve kokudan uzak durmak,daha az yağlı baharatlı ve az tuzlu yiyecekler önerilebilir ancak net değildir.
- Akupunktur, zencefil ve müzik terapisinin faydasını gösteren çalışmalar vardır.

Konstipasyon

- Cerrahi ve radyoterapinin yanında ,uzun süreli immobilizasyon,düşük lif içeren diyet,uzun süre opioit kullanımı,kalsiyum kanal blokörleri,diüretikler ve kemoterapi ajanları da riski artırır.
- Gerekli anamnez ,fizik muayene ve görüntü yöntemleri etiyoji ortaya konabilir.
- Rektal tuşe ile rektumun boş ya da dolu olup olmadığının, hemoroid ve ya fissür olup olmadığının değerlendirilmesi önerilir.
- Mekanik obstrüksiyonda cerrahi tedaviler ön planda iken,fonksiyonel nedenlerde ise barsak hareketlerini uyarıcı osmotik laksatifler,prokinetik ajanlar,geniş volümlü lavmanlar önerilebilir.

İntestinal Obstrüksiyon

- Over kanserlerinde prevalansı %5-42 arasındadır.Kanser hastalarında ince barsak obstrüksiyonları kalın barsaklara kıyasla daha fazla gelişmektedir.
- Adezyon, radyasyon enteriti,primer veya rekürren tümör basısına bağlı gelişebilir.
- Bulantı-kusma, iştahsızlık, kramp tarzı karın ağrısı,gaz-gaita çıkışının olmaması ön plandadır.
- Direkt batin grafileri, batin BT,MR incelemeleri, kan elektrolitleri bakılır.
- Cerrahi tedavi gerekliliği multidisipliner karar alınarak verilmelidir.
- Tedavide hastalığın evresi,yaşam beklentisi, komorbiditeler,performans durumunu göz önüne alınmalıdır.
- İlk olarak medikal tedavi başlanmalıdır.NG dekompresyon, oral alımın kesilmesi,intravenöz hidrasyon,elektrolit dengesinin düzeltilmesi gibi.
- Medikal tedaviye 48-72 saatte yanıt alınıyorsa veya yaygın peritonit,genel durum bozukluğu,lökositoz,ateş,metabolik asidoz,pnömoeritoneum durumlarında acil tedavi gerekebilir.

Asit

- Peritoneal karsinomatozis,peritoneal yüzeylerin zarar görmesi,portal hipertansiyona neden olan KC metastazları,plazma onkotik basıncında azalma maling asit yapabilir.
- Özellikle over kanserli hastalarda yaygın bir durumdur.
- Erken doyma,nefes darlığı karında şişkinlik,ağrı,supin pozisyonda yatamama gibi semptomlar gösterir.
- Tanıda USG başta olmak üzere görüntüleme yöntemleri,parasentez ile asit mayi vasfının incelenmesi yapılabilir.
- Tedavide boşaltıcı parasentezler birinci ve en etkili tedavi yöntemidir.Diüretikler portal hipertansiyonu olan hastalarda işe yarayabilir.

Dispne

- Plevral efüzyon, AC metastazı,pulmoner emboli gibi nedenlerle gelişebilmektedir.
- İlk planda nedene yönelik girişimler gerekli iken, takipte hastanın fiziksel ve psikososyal olarak rahatlatılmaya çalışılması, solunum fizyoterapisi ve mekanik solunum cihazları kullanılabilir.
- Plevral efüzyona yönelik efüzyona boşaltıcı yönelik girişimler.
- Pulmoner emboli tanı ve tedavisine yönelik görüntüleme yöntemleri(DVT dışlanması,Doppler USG,BT anj.) ve konsültasyonların istemesi.

MUSTAFA ŞAHİN

Hidronefroz

- Özellikle serviks ve endometrium kanserlerinde primer veya rekürren kitle basısı, radyoterapiye sekonder fibrozis nedeni ile sık görülebilmektedir.
- Tedavide üreter stenti, perkutan nefrostomi uygulanabilir.

Lenfödem, Lenfösel

- Venöz ve lenfatik obstrüksiyona bağlı, lenf nodu diseksiyonu sonrasında alt ekstremitelerde lenf ödem gelişebilir.
- Alt ekstremitelerde ağırlık hissi, yürümede güçlük yapabilir.
- Elastik çorap, bacak elevasyonu, analjezi sağlanması, subkutan drenaj, kompresyon tedavileri, albümin replasmanı, diüretikler uygulanabilir.
- lenf nodu diseksiyonu sonrasında gelişebilecek lenfösel için takip ya da kitle etkisi-bası septomları varsa drenaj planlanabilir.

Nörolojik Aciller

- Beyin metastazları var ise bası semptomları ve nöbet riski ortaya çıkacaktır.
- Kemoterapiye bağlı periferik veya santral nöropatik semptomlar izlenebilir.

Psikososyal Sorunlar

- Anksiyete, depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu
- Psikososyal destek ve multidisipliner yaklaşımlar

Tedavi Sonrası Takip

- Düzenli kontrol muayeneleri ve taramalar
- Uzun dönem yaşam kalitesini artırma önerileri

Multidisipliner Yaklaşım

- Jinekolojik onkolog, ürolog, cerrahi onkolog, tıbbi onkolog, radyolog, fizyoterapist ve psikolog iş birliği

Sonuç ve Öneriler

- Erken tanı ve önleyici tedavilerin önemi
- Hasta eğitimi ve farkındalığın artırılması

MUSTAFA ÖNDER GÖNEN

Periferik Yayma Kime ve Ne Zaman?

Uzm.Dr.Mustafa Önder Gönen
Meram Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Periferik Yayma Ne Zaman İstenir?

Anemi/Eritrositoz, Lökopeni/Lökositoz, Trombositopeni/Trombositoz, Akut /Kronik lösemi şüphesi, Sebepi açıklanamayan ikter, Sepsis/DİK/TTP şüphesi, Hemoliz, Myeloproliferatif, lenfoproliferatif hastalık şüphesi, Kanama/Trombosit fonksiyon bozukluğu şüphesi, Enfeksiyöz mononükleoz, malarya şüphesi, Kemik iliğine metastaz şüphesi, Hemoglobinopati şüphesinde istenir

Yani; **Sayısal anomalide Fonksiyonel ve yapısal bozukluk düşünüldüğünde periferik yayma istenir.**

Otomatik Kan Sayımı Cihazları:Hücreleri büyüklük ve granüler yapısına göre sınıflandırır Hemogramda şüpheli bulgu anlamlıdır.

Manuel periferik yayma hazırlamak için:Lanest ile parmak delinir, İki lam aracılığıyla yayılır. Otomatik cihazlar hastanelerde kullanılır.

Mikroskop yardımıyla bakılır: **Romanowsky boya**ları:Wright (Alkol gerektirir), **May-Grünwald Giemza** (Alkol gerekli değil, M-G metil alkol içerir):

Yöntem: M-G ile 3-5 dk bekle – Yıka – 1'e 10 dilüe edilmiş Giemsa ile 20 dk bekle – Kurut

Metil Azure (Metilen mavisi): Bazik bir boyadır, nükleik asit ve protein gibi **asidik komponentleriyle birleşir**. Mor-mavi bir renk meydana getirir. (**Bazofil**) **Eozin:** Asidik bir boyadır. Hücrelerin bazik komponentleriyle birleşir. Kırmızımsı bir renk meydana getirir. (**Eosinofil**)

Eritrositlerin Değerlendirilmesi: Boyanma- Büyüklük-Şekil-Sitoplazmik cisimcikler

1)Normal Eritrositler/Normokromi:Yassı,Pembe,1/3 orta solukluk

2)Hipokromi: Demir eksikliği, Talasemi, Kurşun zehirlenmesi vb.

3)Hiperkromi: Herediter sferositoz v.b. özellikleri ile belirlenir.

Polikromazi: Mavi-pembe eritrositlerin olması RNA kalıntıları RETİKÜLOSİT varlığını gösterir. Akut kan kaybı Hemoliz Diseritropoez(MDS, myelofibrozu, kemik iliği metastazı) gibi durumları gösterir.

Lökositlerin Periferik Kan Yaymasında Değerlendirilmesi: Lökosit formülü100X büyütmede yapılır Yüzde (%) olarak verilir En az 100 lökosit sayılmalı Çekirdek yapısı Sitoplazmik özellikler İmmatür lökosit varlığı gibi özellikler incelenir; Normal bir periferik yaymada: mikroskop altında incelemesinde %55-75 nötrofil, %20-40 lenfosit, %5-10 monosit, %2-5 eozinofil ve <%1 bazofil görülebilir.

Lökositoz: Total lökosit sayısı 10.000 / μ L' nin üzerinde olmasıdır.

Nötrofilik lökositoz: (Nötrofil): 7.700 / μ L(en sık)

Lenfositik lökositoz (Lenfositoz): 4.000 / μ L

Monositik lökositoz (Monositoz): 1000 / μ L

Eozinofilik lökositoz (Eosinofili): 700 / μ L

Bazofilik lökositoz (Bazofili): 200 / μ L olması yüksektir.

Enfeksiyonda nötrofiller: Toksik granülasyon Vakuolizasyon Döhle cisimciği Ribozomal aglütinasyona bağlıdır.

Lökomooid Reaksiyon: Periferik kanda nötrofil artışı denilebilir. En çok kronik myeloid lösemi ile karışır. Enfeksiyonlar; viral, bakteriyel, mikobakteri, Maligniteler, Kanama, Hemoliz Eklampsi gibi durumlarda görülebilir.

Lenfosit: Viral enfeksiyonlarda atipik lenfositler görülebilir.Large granüler lenfosit,

NK hücreleri, LGL lösemi, Viral enfeksiyonlar da atipik lenfosit hücreleri görülebilir.

KLL (Kronik Lenfositik Lösemi) de Smudge Cell, sepet, ezilmiş lenfositler görülebilir.

Saçlı Hücreli Lösemi - Hairy Cell Lösemi (HCL)de atipik malign lenfosit hücreleridir.

Dikkat!!! Acilde Böyle Bir Vaka Geldi!

38Yaşında erkek hasta. Halsizlik, ateş (38,5 derece), diş eti kanaması Hb: 9,6 g/dLWBC: 38.000 / μ L Trombosit: 25.000 / μ L

Bu hastalarda mutlaka PY yapılması önerilmelidir.

Akut Lösemiler:AML (Akut Myeloblastik Lösemi) ve ALL (Akut Lenfoblastik Lösemi) gibi türleri mevcuttur periferik yaymada myeloblast ve lenfoblast hücreler görülebilir.

Trombosit:2-4 mikron çapından küçük (7-10 fL) Çekirdeksiz yapılardır.İki kısımdan oluşur:

Granülomer: Ortada koyu boyanan azürofil granüllü kısım

Hyalomer: Çevresinde daha soluk boyanan granülsüz kısım dır.

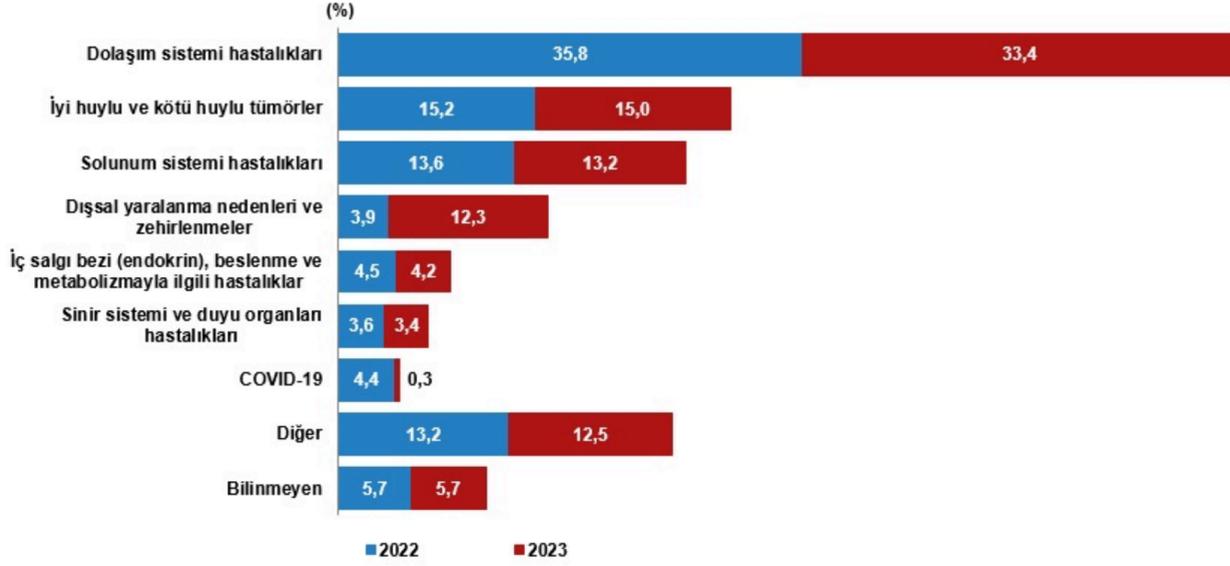
Ayrıca perikerik yaymada:Megakaryosit:40-120 mikron büyüklüğündedir. Sitoplazması; granüler ve tubüler yapıdadır. Myelogramda: %0,1-0,5 bulunmaktadır.Her megakaryositten 1000-3000 trombosit oluşur. Trombopoetin (TPO), IL-3, IL-6, IL-11 vb salgılanmasında görevlidir.

Sonuç Olarak;Acil Servislerde çalışan klinisyenlerin öncelikli görevi detaylı anamnez ve bir fizik muayene ile değerlendirdiği vakayı uygun laboratuvar tetkikleri ile korele olarak tanı sürecinde hızlı ve doğru bir şekilde değerlendirmesi akabinde Periferik Yayma ihtiyacını değerlendirip ilgili branş ile konsulte süreci başlatması elzemdir.

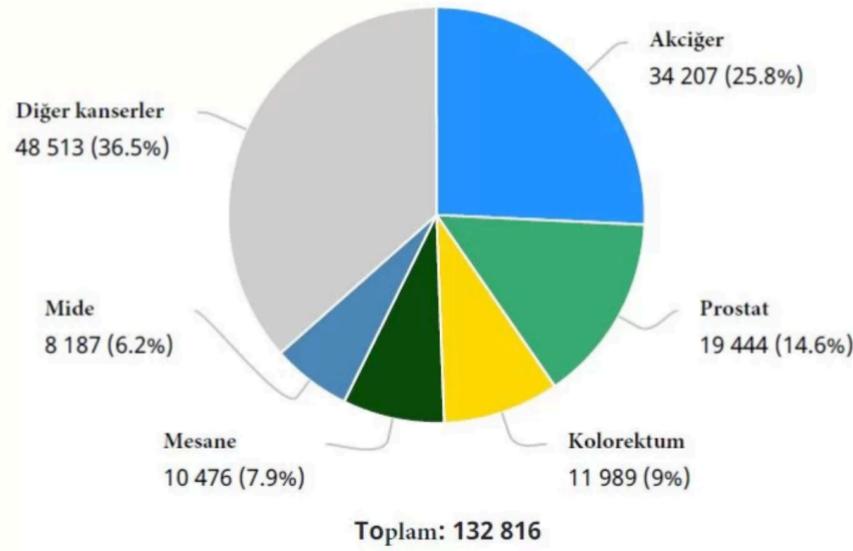
SELMA PEKGÖR

Birinci Basamakta Kanser Hastalarının Takibi
Doç. Dr. Dr. Selma PEKGÖR
S.B.Ü. Konya Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

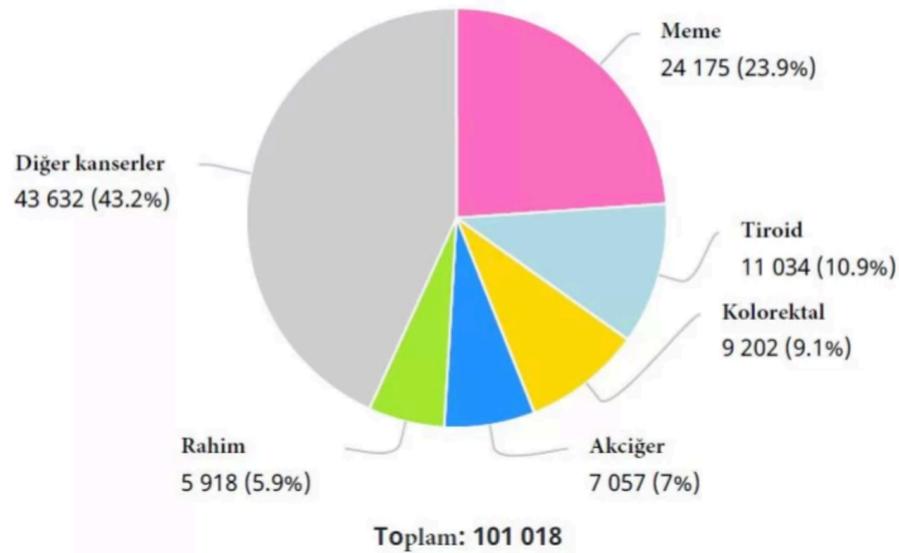
- Günümüzde kanserler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu
- Ölüm nedenleri arasında ikinci sırada gelmektedir



2020'de yeni vaka sayısı, ERKEKLER, her yaşta

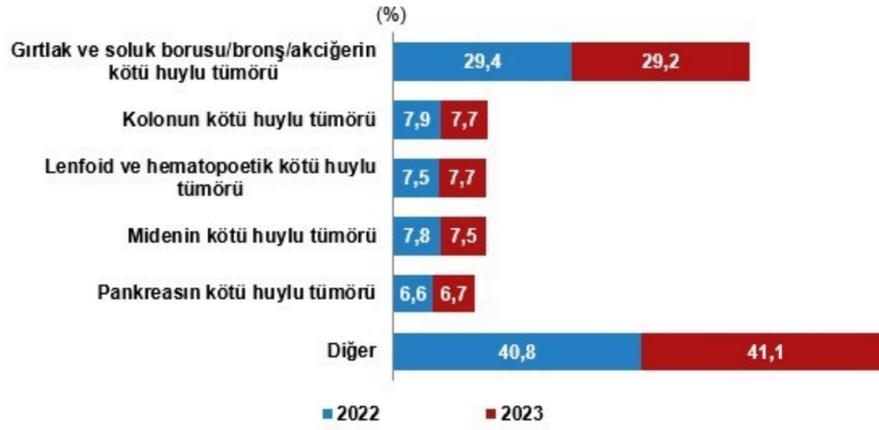


2020'de yeni vaka sayısı, KADINLAR, her yaşta

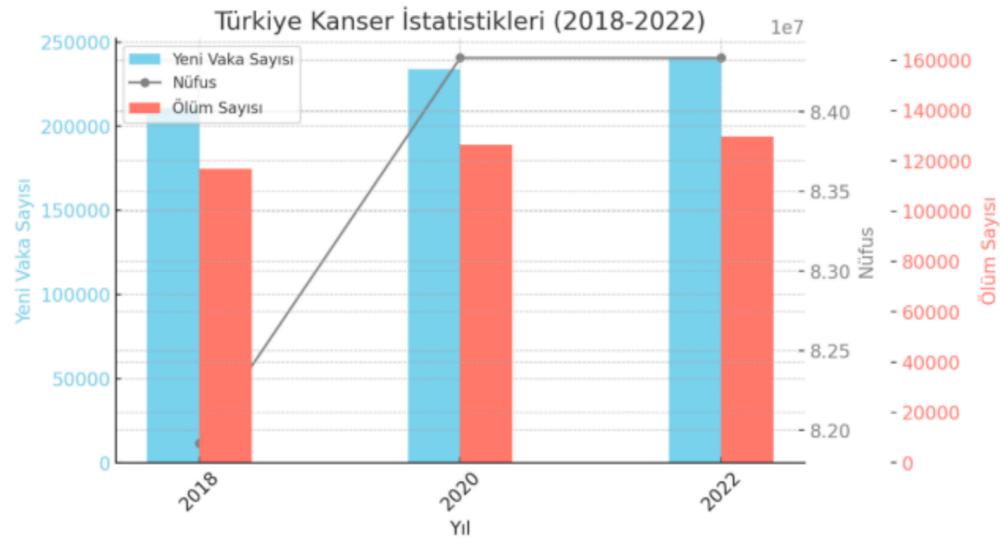


SELMA PEKGÖR

Kanserden kaynaklı ölümlerin oranı, 2022, 2023



DSÖ ve GLOBOCAN tarafından yayınlanan 2022 yılı verilerine göre Türkiye'de 2022 yılında 240.013 kişi kanser tanısı almış. 129 672 (25.2%) kişi hayatını kaybetmiştir.



Kaynak: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-factsheet.pdf>

Aile hekiminin görevi ne olmalı?



Aile hekimi;

- Tıbbi bakım isteyen kişiye, yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız kapsamlı, bütüncül ve sürekli sağlık bakımı sunmaktan sorumludur.
- Bu bakımı hastalarının otonomisine saygı göstererek kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında verir.

SELMA PEKGÖR

Koruyucu sağlık hizmetleri

- Primordiyal koruma(sağlıklı beslenme, eğitim)
- Birincil koruma (aşılama, sigara, alkol, obezite %40 radyasyon, enfeksiyonlar, egzersiz...)
- İkincil koruma (tarama testleri)
- Üçüncül koruma (erken tedavi, komplikasyonların önlenmesi)
- Dördüncül koruma (aşırı medikasyon ve gereksiz tetkikten hastayı koruma)

Biyopsikososyal yaklaşım

Bireyi yaşadığı ortam, duyguları, fikirleri ve hastalıklara bakış açısı ile bir bütün olarak ele alır. Biyomedikal yaklaşımdan farklı olarak hastalık merkezli değil hasta merkezlidir.

Bu yaklaşım modeli; hasta bireyin tıbbi yardım almaya yönlendirilmesinde, hastalığın kabullendirilmesinde mevcut süreci kolaylaştıracak bir etkiye sahiptir.

Hekimin görevi tedavi sürecinde sosyal ve psikolojik olarak hastaya destek olmaktır. Bu destek hastanın biyolojik hastalık etmenlerinin de iyileşmesine yardımcı olur.

Tanı ve tedavi sürecinde;

- Biyolojik boyut
- Psikolojik boyut
- Sosyal boyut

Biyolojik Boyut

Tanı ve tedavi aşamasında;

- Süreç hakkında hastayı bilgilendirmek, hızlı ve etkin tedavi alması konusunda hastayı motive etmek, süreci takip etmek ikinci ve üçüncü basamakla koordinasyonu sağlamak
- Kemoterapi/radyoterapi aşamasındaki hastaların tedavi öncesi ve sonrası tetkiklerini yapmak ve değerlendirmek
- Hastalığa özgü fiziksel semptomları izlemek ve tedavi etmek
- Tedavi yan etkilerine bağlı semptomları izlemek ve tedavi etmek
- Bulantı, kusma, ağrı, iştahsızlık, yorgunluk, beslenme yetersizliği vb. ile mücadele etmek
- Kanser harici kronik hastalıklarının izlemi!

Psikolojik Boyut

Kanser tanısı konulduktan sonraki süreç her hasta için farklı ruhsal özellikler göstermektedir.

- Bu süreçler son derece doğal, insani, pek çok kişinin yaşayacağı üzüntü, korku, endişe gibi duygulardan ibaret olabileceği gibi depresyon, anksiyete, uykusuzluk, uyum bozukluğu gibi hasta işlevselliğini bozacak, intihar girişimlerinin eşlik ettiği ağırlıkta psikopatolojik durumlar da görülebilir.
- Hasta kanser tanısını öğrendikten sonra; İnkâr/Öfke/Depresyon/Pazarlık/Kabullenme süreçlerini yaşayabilir. Bu tepkilerin şiddeti ve süresi kişiden kişiye değişir.
- Türkiye Psikiyatri Derneğine göre kanser hastalarında psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı %50 civarındadır ve 2/3'sinde uyum bozukluğu mevcuttur.
- Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların çoğu tedavi edilebilir nitelikte olsa da hekimlerin bu popülasyonda psikiyatrik bozukluklara yeterince özen göstermedikleri, dolayısı ile bu bozuklukların yeterince tanı ve tedavi almadıkları belirlenmiştir.
- Bunun bir nedeni kanser hastalarının kötü hissetmeleri gerektiğine dair mitlerdir ki, bu mitler doktorların ve hastaların psikiyatrik yardım arayışını geciktirmektedir.
- Hastalar ve aileleri ölüm korkusu, hastalığın doğası, gelişimi ve sonlanımı hakkında belirsizlikler gibi ıstırap verici bir duygu ve tecrübe ile karşı karşıya kalırlar.
- Kanser tanısı iyi bir sonlanımın bulunduğu ve agresif terapinin kullanılmadığı durumlarda dahi ölüm, acı, ıstırap ile birlikte düşünülmekte ve önemli ölçüde psikolojik sıkıntı doğurmaktadır.
- Kanser hastaları çoğu zaman yalnızlık, terk edilmişlik ya da desteksiz bırakılma hislerine kapılırlar
- Kanserden etkilendikleri için marjinalleşme ya da damgalanma duygusu yaşayabilirler.
- Hastanın hissettiği acıyı ve umutsuzluğu görebilmek hekimin hastayla birlikte doğru tedaviye karar verebilmesini ve hastanın tedaviye uyumunu ve devamını sağlar.
- Aile hekimleri kanser hastalarını psikiyatrik yönden değerlendirmeli ve izlemeli, birinci basamakta tedavi edilebilen durumları tedavi etmeli, başetmekte zorlandığı hastaları psikiyariste sevk etmelidir.

Sosyal Boyut

Kanser hastalarında;

- Fonksiyon ve uzuv kayıpları
- Başkalarına bağımlı olma korkusu
- Alışageldikleri yaşam tarzının değişimi
- Ev ortamında zorunlu düzenlemeler yapmak durumunda kalmak
- Sosyal hayattan izole kalmak
- İş ve uğraşlarını ertelemek ya da tümüyle bırakmak
- Beden imajı ve cinsellikle ilgili yetersizlik duyguları ortaya çıkabilmektedir.

KANSER HASTALARINDA AŞILAMA

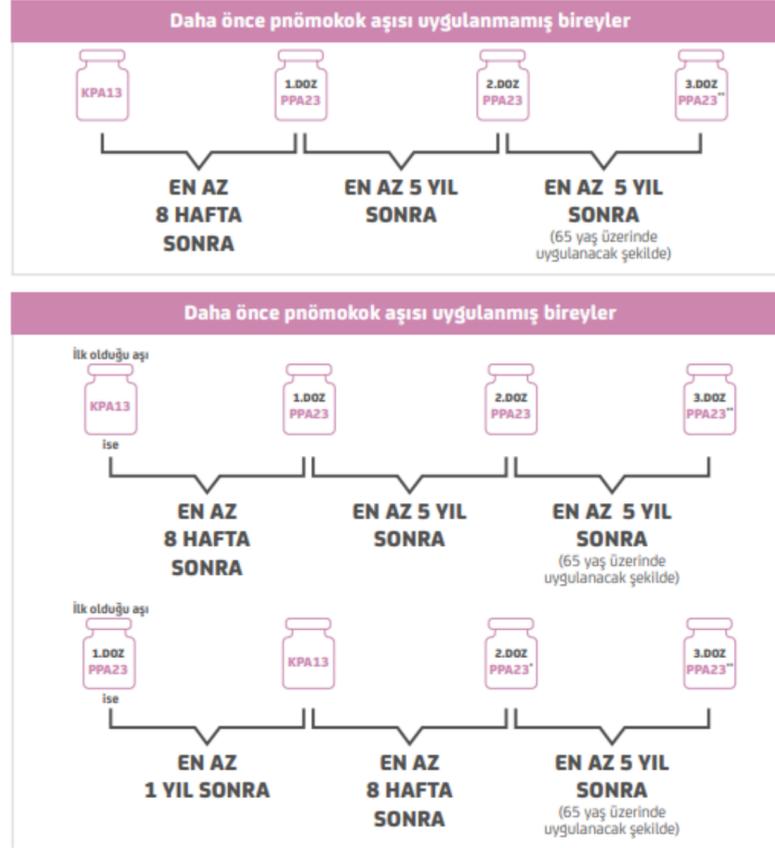
- Enfeksiyonun önlenmesi, bağışıklık sistemi zayıflamış hastalar için son derece önemlidir.
- Enfeksiyon bu hastalarda genellikle yüksek morbidite ve mortaliteye neden olur.
- Ancak bağışıklık sistemi zayıflamış hasta aşılama karşı yeterli koruyucu antikor yanıtı oluşturamaz!

Aşılama zamanlaması?

- Tüm aşılama mümkünse kemoterapi ve radyoterapiden önce uygulanmalıdır.
- Kemoterapi veya diğer immünoşüpresif tedavi gören kanser hastalarına, aşı kaynaklı enfeksiyon riski nedeniyle canlı virüs aşılı yapılmamalıdır.
- Canlı aşılama kemoterapiden ≥ 4 hafta önce yapılmalıdır. Remisyonda olan veya kemoterapisi en az 3 ay önce tamamlanmış hastalara kızamık, kabakulak, kızamıkçık ve su çiçeği aşılı gibi canlı virüs aşılı uygulanabilir.
- Anti-B hücre antikorları (örn. rituksimab , alemtuzumab) almış hastalarda canlı ve canlı olmayan aşılama uygulanması en az 6 ay geciktirilmelidir.
- Canlı olmayan aşılama kemoterapiden ≥ 2 hafta önce verilmelidir. Ancak, dolaşımdaki varyantlara karşı koruma sağlamak için yıllık mevsimsel uygulamaya ihtiyaç duyulduğu göz önüne alındığında, hasta kemoterapi veya diğer bağışıklık baskılayıcı tedavi görüyor olsa bile canlı olmayan influenza ve COVID-19 aşılı öneriyoruz.
- Eğer inaktif aşı kemoterapiden önce uygulanmadıysa;
- Kemoterapi bitiminden en az üç ay sonra inaktif aşılar uygulanabilir
- Kemoterapi sırasında canlı olmayan başka aşılar verilirse, koruyucu antikorlar belgelenmediği sürece geçerli dozlar olarak kabul edilmemelidir.
- Bu tür hastalarda, bağışıklık yeterliliğinin geri kazanılmasından sonra aşılar tekrar uygulanmalıdır. Ancak influenza aşısı için tekrar doz önerilmez.
- Aile üyelerinin ve kanser hastalarına bakım veren hastane personelinin de rutin yaşa özgü önerilere göre aşılama şiddetle önerilmektedir.

SELMA PEKGÖR

Pnömonok aşısı



Konjuge aşı geçmişi	Daha önce PCV yok		PCV10 veya PCV13 alındı		PCV15 alındı		PCV20	PCV21
	PPSV23 yok	PPSV23 alındı *	PPSV23 yok	PPSV23 alındı *	PPSV23 yok	PPSV23 alındı *		
Kronik rahatsızlıklar[†] veya ≥65 yaş	PCV21'e Δ ^o verin	PCV21 verin ^{o5} PPSV23 dozundan ≥1 yıl sonra	PCV10/13 dozundan ≥1 yıl sonra PCV21 [†] verin	19 ila 64 yaş: ACIP şu anda daha fazla aşılamaya önermiyor. Yazarlarımız, ek serotiplere karşı bağışıklık kazandırmak için son pnömokok aşısı dozundan ≥5 yıl sonra PCV21 veya PCV20 vermeyi tercih etmektedir. ≥65 yaş: Son pnömokok aşısı dozundan ≥5 yıl sonra PCV21 veya PCV20 verin [†]	PCV15 dozundan ≥1 yıl sonra PPSV23 verin [†]	Başka aşı yok *	Başka aşı yok	Başka aşı yok
Bağışıklık sistemi baskılanmış (HCT alıcıları hariç) **	PCV21'i verin ^{o,††}	PCV21 verin ^{o5} PPSV23 dozundan ≥1 yıl sonra	PCV10/13 dozundan ≥1 yıl sonra PCV21 ^{ΔΔ} verin	Son pnömokok aşısı dozundan ≥5 yıl sonra PCV21 ^{ΔΔ} verin [*]	PCV15 dozundan ≥1 yıl sonra PPSV23 verin [†]	19 ila 64 yaş: Son PPSV23 dozundan ≥5 yıl sonra PPSV23 verin [*] ≥65 yaş: Başka aşılamaya yok *	Yazarlarımız ayrıca daha fazla serotipe karşı bağışıklık sağlamak için PCV20'den ≥8 hafta sonra PPSV23 vermeyi tercih ediyorlar [*]	Başka aşı yok
Menajit riskinin artması (örneğin, BOS sızıntısı, koklear implant)								

• İnfluenza aşısı:

İnfluenza dönemi olan Ekim ayı başından itibaren uygulanmaya başlanır.*



* Ayrıntılı bilgi için [tıklayınız](#)

• Su çiçeği aşısı:

Akut lenfoblastik lösemili hastalarda daha önce aşılanmamış ve hastalığı geçirmemiş ise bir yıllık remisyon sağlandıktan ve kemoterapi kesildikten en az üç ay sonra:

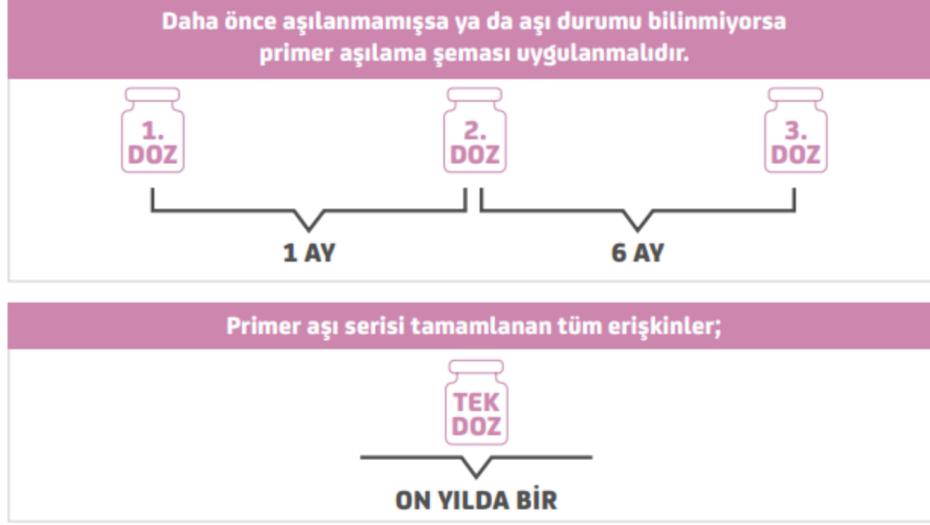


SELMA PEKGÖR

Tetanoz, difteri, boğmaca

Kemoterapi alan birçok onkoloji hastası tetanos, difteri ve boğmacaya karşı iyi korunmamaktadır. Örneğin bir raporda, akut lösemi tedavisi gören hastaların yalnızca %59'unun tetanosa karşı koruyucu titreleri olduğu belirtilmiştir

• Tetanoz-difteri (Td) aşısı:^{*}



Ayrıca, aselüler boğmaca aşısı ile aşılanmamış kanser hastaları 1 doz Tdap içeren aşı ile aşılanmalıdır.

• Hepatit A aşısı:



• Hepatit B aşısı:



Rekombinan zoster aşısı (RZV) iki ila altı ay arayla iki doz halinde uygulanır.

Ancak, bağışıklık sistemi baskılanmış veya baskılanacak olan ve tüm aşı serisini daha erken almaktan fayda görecektir hastalarda, ikinci doz ilk dozdan dört hafta sonra verilebilir.

Clinical Trial > Lancet Infect Dis. 2019 Sep;19(9):988-1000. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30163-X.
Epub 2019 Aug 6.

Immunogenicity and safety of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in adults with haematological malignancies: a phase 3, randomised, clinical trial and post-hoc efficacy analysis

Alemnew F Dagne¹, Osman Ilhan², Won-Sik Lee³, Dariusz Woszczyk⁴, Jae-Yong Kwak⁵, Stella Bowcock⁶, Sang Kyun Sohn⁷, Gabriela Rodriguez Macías⁸, Tzeon-Jye Chiou⁹, Dimas Quiel¹⁰, Mickael Aoun¹¹, Maria Belen Navarro Matilla¹², Javier de la Serna¹³, Samuel Milliken¹⁴, John Murphy¹⁵, Shelly A McNeil¹⁶, Bruno Salaun¹⁷, Emmanuel Di Paolo¹⁷, Laura Campora¹⁸, Marta López-Fauqued¹⁸, Mohamed El Idrissi¹⁷, Anne Schuind¹⁹, Thomas C Heineman²⁰, Peter Van den Steen¹⁸, Lidia Oostvogels²¹; Zoster-039 study group

Collaborators, Affiliations + expand

PMID: 31200277 DOI: 10.1016/S1473-3099(19)30163-X

SELMA PEKGÖR

Hematolojik maligniteleri olan ve RZV (bir ila iki ay arayla iki doz olarak verilen) alan ≥ 18 yaşındaki 569 hastayı içeren randomize bir çalışmada, aşılanan grubun %80,4'ü herpes zoster'e karşı humoral bir bağışıklık tepkisi geliştirirken, aşılanmayan grupta bu oran %0,8'di .

Hematopoietik hücre nakli alıcılarında aşılama

- Nakil öncesi aşılamalar toplumda aktif olarak dolaşan patojenlere (örn. grip, COVID-19) karşı aşılamaya öncelik veriyoruz.
- HCT adaylarının, yaşa, eşlik eden hastalıklara, aşılama geçmişine ve maruz kalma geçmişine göre tüm bireyler için belirtilen aşıları almaları makul olsa da, çoğu HCT adayı zaten bağışıklık sistemi baskılanmış durumdadır ve aşılarla önemli bir bağışıklık tepkisi oluşturmaları olası değildir.

Nakil sonrası aşılamalar

- Nakilden sonra, HCT alıcıları genellikle daha önce aşılandıkları patojenlere karşı bağışıklıklarını kaybederler. Bu nedenle, HCT alıcıları bağışıklık tepkisi oluşturma olasılıkları arttığında bir dizi patojene karşı aşılanmalıdır.
- Tüm HCT alıcıları için önerilen aşılar – Tüm HCT alıcılarını COVID-19, S. pneumoniae , influenza, tetanos, difteri, boğmaca, haemophilus influenzae, hepatit B, herpes zoster ve poliovirüse karşı aşıyoruz.
- Seçilmiş HCT alıcıları için önerilen aşılar – Belirli hastalar hepatit A, N. meningitidis , RSV, mpox, HPV, kızamık, kabakulak, kızamıkçık ve/veya suçiçeği gibi ek patojenlere karşı aşılamadan fayda görecektir.

Timing of vaccines for autologous hematopoietic cell transplant recipients

Vaccine	Recommendation	Number of doses
3 to 6 months post-transplant		
RZV ^[1]	Age 18 years or older	2 (2 to 6 months apart)
COVID-19 (SARS-CoV-2) vaccine	All HCT recipients ≥ 6 months of age ^[2]	2 or 3 (depending on vaccine formulation)
Pneumococcal conjugate vaccine-21 (PCV21)*	All HCT recipients	3 doses (1 month apart) 4 th dose at 12 months
6 to 12 months post-transplant		
Influenza vaccine (inactivated)	All HCT recipients ≥ 6 months of age	1 dose (annually)
Tetanus, diphtheria, and pertussis vaccine	All HCT recipients	3 doses DTaP (1 to 3 months apart)
Haemophilus influenzae b conjugate vaccine	All HCT recipients	3 doses (1 month apart)
Polio-inactivated (inactivated poliovirus vaccine)	All HCT recipients	3 doses (1 to 3 months apart)
Meningococcal conjugate vaccine [†]	Age 11 to 18 years or other risk factors present (eg, asplenia, residing or traveling to areas of hyperendemicity or epidemicity)	2 doses (4 to 5 years apart)
MenB vaccine [†]	Age 16 to 23 or other risk factors (eg, asplenia, residing or traveling to areas of hyperendemicity or epidemicity)	1 dose
Human papillomavirus vaccine	Age 9 to 26 years	2 to 3 doses [‡]
Respiratory syncytial virus	Age 60 years or older	1 dose
Hepatitis A vaccine	If risk factors present (eg, chronic liver disease, travel to endemic areas)	2 doses (6 months apart)
Mpox virus vaccine (non-replicating, modified vaccinia Ankara vaccine)	If risk factors present (eg, males who have sex with males and have multiple sex partners or a diagnosis of an STI in the past 6 months)	2 doses (1 month apart)
1 year post-transplant		
Hepatitis B vaccine	All HCT recipients	3 doses (dosing intervals depend on the specific vaccine formulation)
≥ 2 years post-transplant		
Measles, mumps, and rubella vaccine	HCT recipients who meet all of the following criteria: <ul style="list-style-type: none"> Measles and/or rubella seronegative No active GVHD Not receiving any immunosuppression Last dose of IVIG and other blood products^[3] was administered more than 8 to 11 months ago 	2 doses (at least 4 weeks apart)
Varicella	HCT recipients who meet all of the following criteria: <ul style="list-style-type: none"> Varicella seronegative No active GVHD Not receiving any immunosuppression Last dose of IVIG and other blood products^[3] was administered more than 8 to 11 months ago 	2 doses (4 to 8 weeks apart)

Timing of vaccines for allogeneic hematopoietic cell transplant recipients

Vaccine	Recommendation	Number of doses
3 to 6 months post-transplant		
COVID-19 (SARS-CoV-2) vaccine	All HCT recipients ≥ 6 months of age ^[1]	2 or 3 (depending on vaccine formulation)
Pneumococcal conjugate vaccine-21 (PCV21)*	All HCT recipients	3 doses (1 month apart) 4 th dose at 12 months
6 to 12 months post-transplant		
Influenza vaccine (inactivated)	All HCT recipients ≥ 6 months of age	1 dose (annually)
Tetanus, diphtheria, and pertussis vaccine	All HCT recipients	3 doses DTaP (1 to 3 months apart)
Haemophilus influenzae b conjugate vaccine	All HCT recipients	3 doses (1 month apart)
Polio-inactivated (inactivated poliovirus vaccine)	All HCT recipients	3 doses (1 to 3 months apart)
Meningococcal conjugate vaccine [†]	Age 11 to 18 years or other risk factors present (eg, asplenia, residing in or traveling to areas of hyperendemicity or epidemicity)	2 doses (4 to 5 years apart)
MenB vaccine [†]	Age 16 to 23 or other risk factors (eg, asplenia, residing or traveling to areas of hyperendemicity or epidemicity)	1 dose
Human papillomavirus vaccine	Age 9 to 26 years	2 to 3 doses [‡]
Respiratory syncytial virus	Age 60 years or older	1 dose
Hepatitis A vaccine	If risk factors present (eg, chronic liver disease, travel to endemic areas)	2 doses (6 months apart)
Mpox virus vaccine (non-replicating, modified vaccinia Ankara vaccine)	If risk factors present (eg, males who have sex with males and have multiple sex partners or a diagnosis of an STI in the past 6 months)	2 doses (1 month apart)
1 year post-transplant		
Hepatitis B vaccine	All HCT recipients	3 doses (dosing intervals depend on the specific vaccine formulation)
RZV	HCT recipients who meet the following criteria: <ul style="list-style-type: none"> At least 12 months has passed since HCT Off immunosuppressive therapy No GVHD flares 	2 doses (2 to 6 months apart)
≥ 2 years post-transplant		
Measles, mumps, and rubella vaccine	HCT recipients who meet all of the following criteria: <ul style="list-style-type: none"> Measles and/or rubella seronegative No active GVHD Not receiving any immunosuppression Last dose of IVIG and other blood products^[3] was administered more than 8 to 11 months ago 	2 doses (at least 4 weeks apart)
Varicella	HCT recipients who meet all of the following criteria: <ul style="list-style-type: none"> Varicella seronegative No active GVHD Not receiving any immunosuppression Last dose of IVIG and other blood products^[3] was administered more than 8 to 11 months ago 	2 doses (4 to 8 weeks apart)

SELMA PEKGÖR

Sonuç

Biyopsikososyal yaklaşım çerçevesinde birinci basamak hekimlerinin kanser hastaları için sorumlu oldukları pek çok konu var Sağlık sistemi içinde birinci basamak, ikinci ve üçüncü basamak merkezlerin hastayı merkez alarak oluşturacakları halka hastanın iyileşmesinde önemlidir.

Kaynaklar

- 1.Lederberg MS. Psychooncology. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):2196-2225. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
2. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Bkock SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. Cancer 2005; 104:2872 -2881.
3. Boyle P, Levin B. Dünya Kanser Raporu 2008. Lyon, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, 2008.
4. Kobayashi M, Leidner AJ, Gierke R, et al. Use of 21-valent pneumococcal conjugate vaccine among U.S. adults: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2024. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2024; 73:793.
5. https://www.uptodate.com/contents/immunizations-in-adults-with-cancer?search=vaccination%20in%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H20009956 (Erişim tarihi 10.10.2024)
6. Hamarström V, Pauksen K, Svensson H, ve diğerleri. Hematolojik maligniteli hastalarda tetanoz bağıışıklığı. Destek Bakım Kanseri 1998; 6:469.
7. https://www.uptodate.com/contents/immunizations-in-adults-with-cancer?search=vaccination%20in%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H20009956 (Erişim tarihi 14.10.2024)
8. Anderson TC, Masters NB, Guo A, et al. Use of Recombinant Zoster Vaccine in Immunocompromised Adults Aged ≥19 Years: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022; 71:80. (Erişim tarihi 15.10.2024)
9. https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F144784&topicKey=ID%2F3882&source=see_link (Erişim tarihi 17.10.2024)
10. https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F144784&topicKey=ID%2F3882&source=see_link (Erişim tarihi 17.10.2024)

SITKI ÖZBİLGEÇ

Postoperative Complications in Gynecological Oncology Surgery

Ozbilgec S

Konya City Hospital, Konya, Turkey

Introduction

Gynecological oncology surgeries are performed with the goal of improving survival rates and managing cancer progression. However, these procedures are often extensive and associated with a high risk of postoperative complications, which can negatively impact recovery, increase hospital stays, and affect the patient's long-term quality of life. Effective management of these complications requires timely recognition and a multidisciplinary approach. This paper outlines the major complications encountered after gynecological oncology surgeries and discusses preventive measures and management strategies.

Classification of Complications

Postoperative complications are generally classified based on the timing of their occurrence:

- Early complications: Occurring within 30 days post-surgery
- Late complications: Occurring after 30 days

They are further divided into:

- Systemic complications: Affecting multiple organs or systems
- Local complications: Limited to the surgical site

This classification helps tailor management strategies for improved patient outcomes.

Risk Factors

Several risk factors contribute to the development of postoperative complications:

1. Patient-related factors: Age, comorbidities, nutritional status
2. Surgery-related factors: Duration of surgery, surgical technique, blood loss
3. Tumor-related factors: Cancer stage, tumor burden, metastasis

Identifying these risks preoperatively allows for appropriate preventive strategies to be implemented.

Infectious Complications

Infections are among the most common postoperative complications. Surgical site infections (SSI), urinary tract infections (UTI), and respiratory infections like pneumonia can delay recovery and increase morbidity. Preventive measures include antibiotic prophylaxis, strict aseptic techniques, and early mobilization.

Bleeding and Hematoma

Postoperative bleeding can occur due to vessel injury or coagulopathy. Hematomas, which develop due to the accumulation of blood in the surgical area, can lead to infections or wound dehiscence. Monitoring hemoglobin levels and timely intervention with transfusion or reoperation may be necessary.

Thromboembolic Complications

Deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE) are potentially fatal complications. Risk factors include prolonged immobilization and cancer-related hypercoagulability. Thromboprophylaxis with anticoagulants and encouraging early ambulation reduce the incidence of these events.

Organ Dysfunction

Organ dysfunction, including acute kidney injury, respiratory failure, and cardiac complications, can occur postoperatively. These conditions are more common in elderly patients and those with pre-existing medical conditions. Close monitoring in the postoperative period is essential for early detection.

Wound Healing Issues

Delayed wound healing, wound dehiscence, seroma, and abscess formation are complications that prolong hospital stays and increase morbidity. Wound care, adequate nutrition, and control of infections are key to ensuring optimal healing.

Gastrointestinal and Urinary Complications

Ileus, bowel injuries, and anastomotic leaks can occur after surgery, requiring prompt management. Similarly, bladder and ureteric injuries, as well as postoperative urinary retention, need early intervention to prevent long-term dysfunction.

Neurological and Lymphatic Complications

Nerve injuries, neuropathies, and cognitive disturbances such as delirium can affect recovery. Additionally, lymphocele and lymphedema are common in patients undergoing lymph node dissection, requiring specialized management.

Conclusion

Postoperative complications are common in gynecological oncology surgeries and can significantly impact patient recovery and outcomes. A proactive approach that includes preoperative risk assessment, prophylaxis, and close postoperative monitoring is essential to minimize these complications. Advanced surgical techniques and perioperative care protocols will continue to play a vital role in improving outcomes for patients undergoing gynecological oncology surgeries.

ZEYNEP KESKİN

Onkolojik Acillerde Radyolojik Görüntüleme
Uzm.Dr.Zeynep Keskin
S.B.Ü. Konya Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği

ONKOLOJİK ACİLLERDE RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME

Dr Zeynep Keskin
Konya Şehir Hastanesi Radyoloji
Kliniği

- Onkolojik acil doğrudan kansere veya tedavisine bağlı, akut ve yaşamı tehdit eden olaydır.
- Kanser sıklığının artması ve uzayan yaşam süresi nedeniyle sıklığı gün geçtikçe artmaktadır.
- Direkt Grafler, bağırsak tıkanıklığını ve subdiyafragmatik serbest havayı tespit edebilir.
- Abdominal US kitleleri ve efüzyonu değerlendirebilir.
- BT abdominal-pelvik onkolojik acil durumları araştırmak için tercih edilen yöntemdir.

- Onkolojik acil durumlar metabolik, hematolojik veya yapısal olarak sınıflandırılabilir. Metabolik ve hematolojik acil durumlar klinik ve laboratuvar tetkikleriyle teşhis edilir.
- Fistül, batın içi kanama, ileus, perforasyon, iskemi, invajinasyon ve idrar yolu tıkanıklığı gibi yapısal onkolojik acil durumların ve onkolojik tedavilerin yapısal komplikasyonlarının tanısında radyolojik görüntüleme esastır.

Abdominal Onkolojik Aciller

Akut abdomen, acil servise başvuran onkolojik olguların %40
Alta yatan kanserin ilk bulgusu olabilir.
Geriatric popülasyonda kolon kanseri-malign obstrüksiyon %10-28
Kansere bağlı veya tedaviye ikincil
BT temel yöntem-akut abdomen sebebi/malignite progresyonu

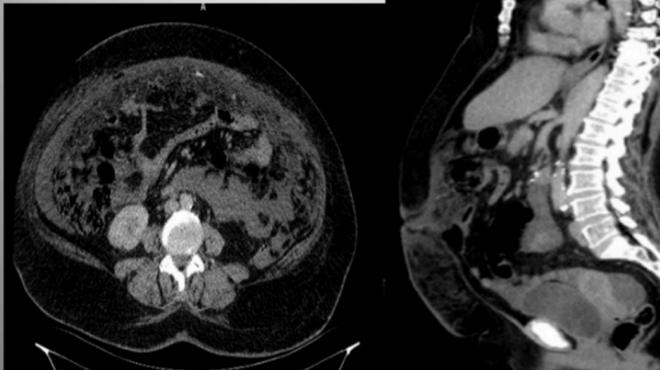
Onkolojik Akut Abdomen-Risk Faktörleri

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| • Tedavi ilişkili | • Hasta ilişkili | • Tümör ilişkili |
| • KT | • <u>İmmun supresyon</u> | • <u>Hipervasküler tümörler-spontan kanama</u> |
| • RT | • <u>Kanama diyatezi</u> | • <u>Tıkaçıcı bilier/intestinal metastazlar</u> |
| • <u>Majör Cerrahi</u> | | |

Abdominal Onkolojik Aciller

Alta yatan kanserin ilk bulgusu olabilir

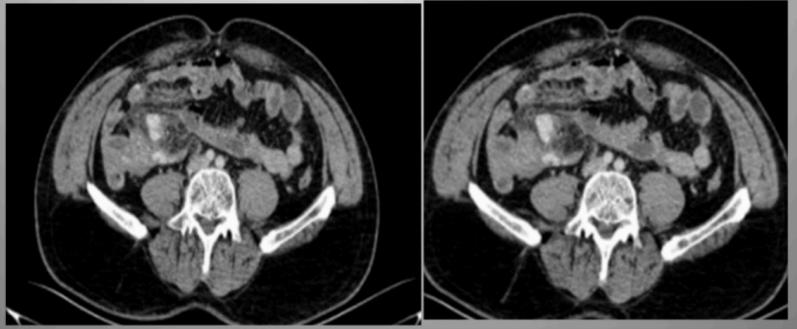
Acile tekrarlayan karın ağrısı başvurusu nedeniyle BT çekilen, 75 y, K
Peritoneal karsinomatozis, asit
Tanı: endometrial Karsinom



Abdominal Onkolojik Aciller :nadir fakat potansiyel olarak ölümcül bir komplikasyon:Hemoraji

Sağ paraumbilikal alanda mezenterik yağlı doku içinde en büyüğü 22x16 mm ebadlı birbirine komşu kısmen birbirleriyle ilişkili nodüler kontrast tutulum alanları/ekstravazasyon ile birlikte çevre mezenterik yağ dokuda belirgin kirlenme izlendi . Komşu ince bağırsak ansların duvarlarında da benzer şekilde lokalize belirgin kontrastlanma/ekstravazasyon dikkati çekti . Superior mezenterik venin bir dalı ve superior mezenterik arterin bir dalı tanımlanan alanın santraline doğru ilerlemektedir.

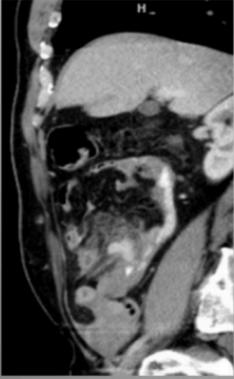
50y,E,Kemoterapi,
Trombositopeni



ZEYNEP KESKİN

Abdominal Onkolojik Aciller 1-nadir fakat potansiyel olarak ölümcül bir komplikasyon:Hemoraji

. Kontrastsız BT: Pıhtılaşmamış ekstravasküler kanın varlığına bağlı olarak yaklaşık 30-45 HU'nun zayıflaması ile karakterize edilen hemoperitonu tanımlamaya izin verir. 45-70 HU arasında zayıflama ile pıhtılaşmış kanın varlığı kanamanın kaynağını gösterebilir.



Kontrastlı BT, neoplazm içindeki ve peritümör bölgesindeki kanama yerinin ve derecesinin doğrudan görüntülenmesini sağlar.

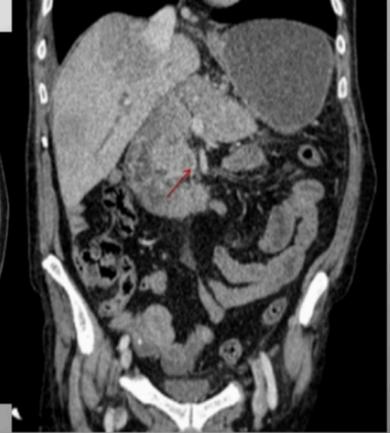
Anjiyografi kanama tanısını doğrulamaya izin verir ve embolizasyon için lokalizasyonu belirler.



Abdominal Onkolojik Aciller :nadir fakat potansiyel olarak ölümcül bir komplikasyon:Hemoraji

59y, E, Pankreas Adenokarsinom, inop, Met, LAP,KT,RT karın ağrısı ve hassasiyeti

Duodenum intramural Hematom(gastrointestinal sistemin intramural hematomlarının en sık görülen yeri)



Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

- Kanser hastalarında en sık görülen bağırsak acilleri ileus, perforasyon, iskemi ve intussüepsiyondur.
- Cerrahi Tedaviye, KT ve RT ye bağlı enterit vs.
- Sıklıkla gastrointestinal ve jinekolojik neoplazmalara veya melanom ve meme kanseri ve metastazlara ikincildir.

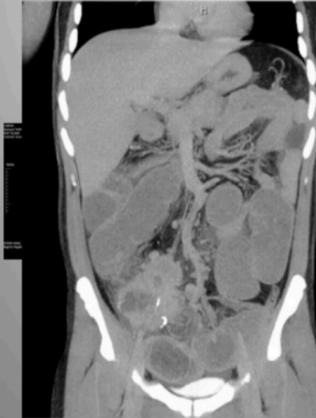
Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

36Y,E,Akut App.septomları

Gaz –gaita çıkaramama, şişkinlik,apendiks karsinoid

Karsinoid,gastrointestinal sistemde en sık apandikte görülür. Apendiks karsinoidleri akut apandisit veya daha az sıklıkla mukoselin obstrüktif nedeni olarak ortaya çıkabilir. Genellikle rastlantısal bulgulardır

desmoplastik reaksiyon için tipik olan spiküle görünüm, lokal invazyonu düşündürmektedir. %70 kalsifikasyon



Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

Bağırsak hareketliliğinin azaldığı bağırsak duvarındaki tümör büyümesinden kaynaklanabilir veya endoluminal tümör büyümesine veya dış tümör basısına bağlı olabilir.

İleus

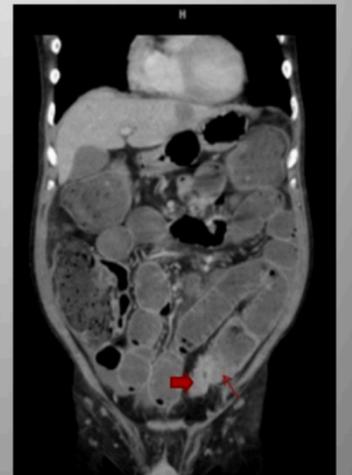


Sigmoid ca,69y ,erkek hasta

Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

Bağırsak hareketliliğinin azaldığı bağırsak duvarındaki tümör büyümesinden kaynaklanabilir veya endoluminal tümör büyümesine veya dış tümör basısına bağlı olabilir.

İleus



Sigmoid ca,69y ,erkek hasta

ZEYNEP KESKİN

Abdominal Onkolojik Aciller: İntestinal Aciller

İntüsepsiyon: Erişkinlerde intestinal invajinasyon nadir olup klinik bulguları nonspesifiktir. Bu nedenle tanısı zordur. Tanı ve tedavide gecikme, hastanın hayatını tehlikeye sokan perforasyon ve diğer önemli morbiditelere sebep olabilir. Karın ağrısı ile acil polikliniğine müracaat eden hastalarda yapılan muayene ve rutin tetkikler ile karın ağrısının sebebi ortaya konamayan durumlarda invajinasyon olabileceği düşünülmelidir. Bilgisayarlı tomografi, yüksek doğruluk oranı ile yol göstericidir. Erişkinlerde görülen invajinasyonların tedavisi cerrahi rezeksiyondur.

74y,K, karın ağrısı ,bulantı, kusma, gaz ve gaita çıkaramama
İNCE BARSAK, REZEKSİYON MATERYALI:SAPLI SUBMUKOZAL FIBROLİPOM



Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

İntüsepsiyon

Hava-sıvı seviyelenmeleri



Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

Perforasyon, Karın tahta gibi sert,kıvrımdama ve yürümede ağrı nedeniyle zorlaşma

72y,E.Akciğer Ca,KT

Perihepatik bölgede içerisinde hava-sıvı seviyelenmesi bulunan yaygın intraabdominal serbest sıvı dikkati çekmektedir. Perihepatik bölgede intraabdominal serbest hava dansiteleri izlenmektedir. Mide sol lateral komşuluğunda yaklaşık 12x6 cm boyutunda loküle sıvı koleksiyonu dikkati çekmektedir.

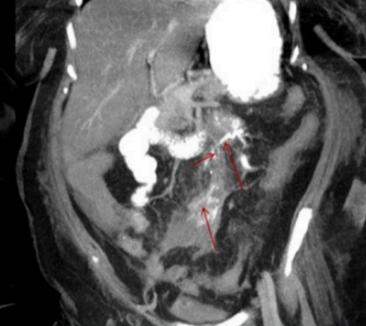
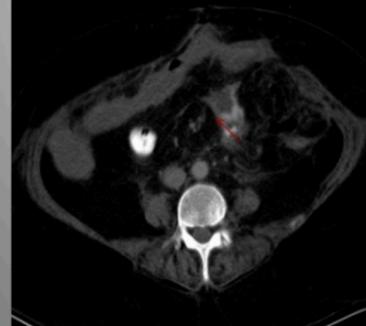
Özellikle sistemik kemoterapiden sonra spontan perforasyona uğrar. Perforasyon, duvar erozyonuna ve duvarın zayıflamasına ve kırılmasına neden olan daha yüksek intralümenal basınca ikincil olabilir.



Abdominal Onkolojik Aciller:İntestinal Aciller

58Y,K, İnce barsak rezeksiyonu, Akut Batın

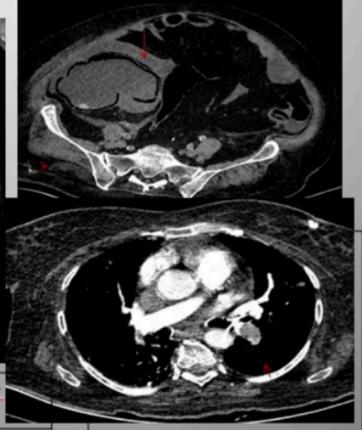
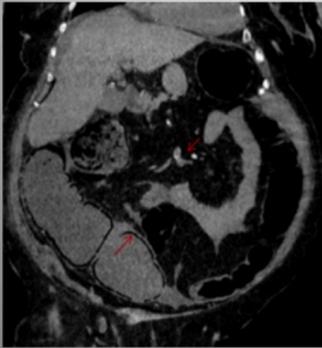
Mezenterik yağlı planlar arasındaki koleksiyon alanlarında hava imajları . Oral kontrast madde intestinal defektlerden bu alanlara geçmektedir.



Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

81Y,K, KT, yaygın karın ağrısı, katran gibi siyah renkte pis kokulu ve bol miktarda ishal

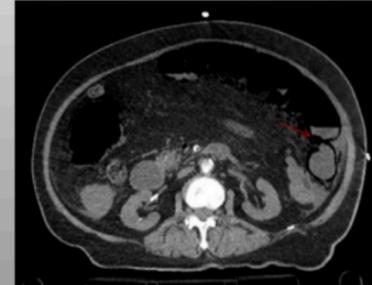
Pnömatozis intestinalis, bağırsak duvarında (submukoza veya subseroza tabakası) gaz varlığına işaret eder bağırsak iskemisi ve nekroz vakalarıyla ilişkilendirilmiştir.



SMA sağ kolik dalı oklüde ve pulmoner arterlerde emboli var

Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

79Y,K,Akut Batın. Superior mezenterik arter tromboze,portal ven ve dallarında hava değerleri,pnömatozis intestinalis,barsak duvarları nekroze,



ZEYNEP KESKİN

Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

44y,E,Kolon ca , opere, Sağ alt kadranda kolostomi,anorektal ağrı, mukus akıntısı ve rektal kanamadır

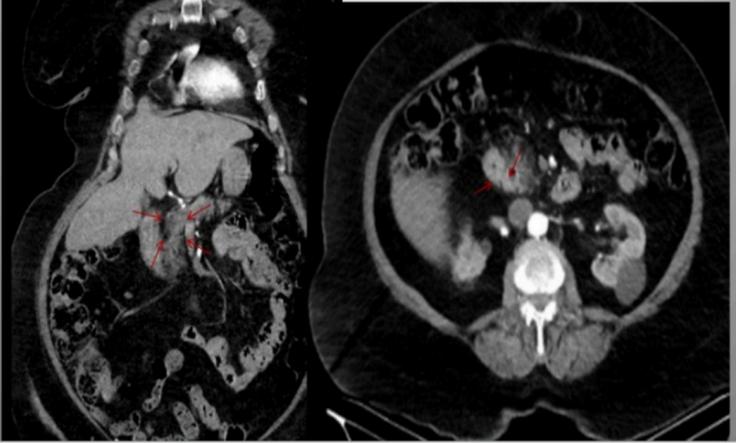
Diversiyon koliti, ileostomi veya kolostominin bir komplikasyonu olarak işlevsiz barsak segmentinde ortaya çıkabilen kolon iltihabıdır ve semptomlar ameliyattan sonra bir ay ile üç yıl arasında ortaya çıkabilir.



Abdominal Onkolojik Aciller :İntestinal Aciller

Duodenit:
75Y,K,B-K, Şişkinlik,Sistemik KT ve RT Mide ve duodenumda diffüz duvar kalınlaşmaları ve çevresinde kirlenmeler
Endoskopi:Gastrit, Duodenit

KT ve RT sonrası Gastrit, duodenit, enterit gibi gastrointestinal yan etkiler görülebilir.



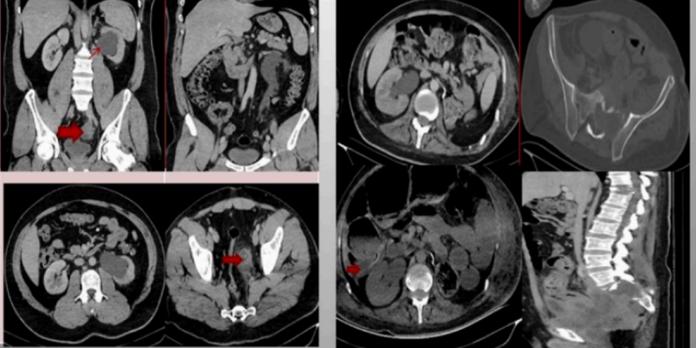
Abdominal Onkolojik Aciller :Üriner Obstrüksiyon

Tıkanıklığı Pelvik ve retroperitoneal kanserli hastaların yaklaşık% 25'inde idrar yolu tıkanıklığı görülür. Başlıca nedenleri prostat kanseri, rahim ağzı kanseri ve mesane kanseridir. **Serviks, mesane, prostat, rektum, yumurtalık ve testis karsinomlarından kaynaklanan lenfomalar, sarkomlar ve metastatik lenfadenopati, kitle büyükse tek taraflı veya iki taraflı üreteral tıkanıklığa neden olabilir. Patofizyolojik bazlar ektramural kompresyon veya doğrudan tümör invazyonudur. Üreterlerin distal üçte biri sık görülen tıkanıklık bölgesidir.**

Başlıca Üriner sistem kanserlerine, Dıştan basıya invazyon veya operasyon sonrası yapışıklıklara

Abdominal Onkolojik Aciller :Üriner Obstrüksiyon

Postop 1 yıl sonra Parsiyel kolektomi,Karsinom metastazı



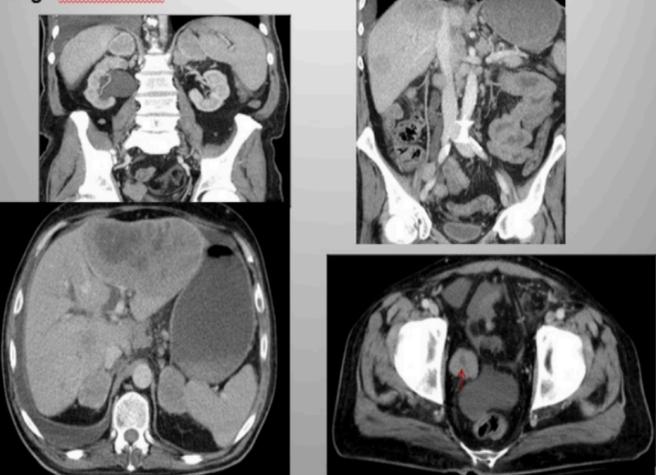
pelvis sol yarıya uzanan boyutu yaklaşık 16x6 cm boyutlarında ölçülen, presakral mesaleye dek uzanarak sakrum orta-sol yarıda, sol iskiümde destrüksiyona neden olan, sol alt kadranda batin ön duvarına yer yer invazyon gösteren, aorta sol anterolateral, sol ilak vasikuler yapıları çevreleyen (sol ilak veni invaze) komşulukta sigmoid kolonu ve rektumu hafif distorsiyone eden (yer yer invaze?) skiroz kitle lezyonu

2020,34 v.E,
Üroepitelial Ca

SB014

Abdominal Onkolojik Aciller :Üriner Obstrüksiyon

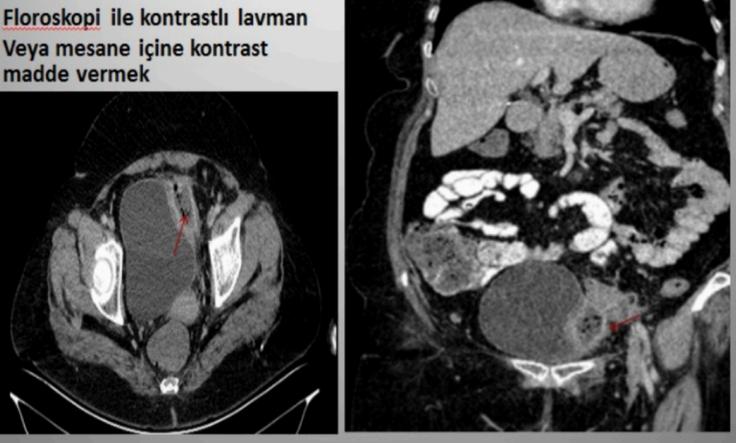
59y, E, İnop Pankreas Ca,Sağ üreter distalde dıştan LAP basısına bağlı hidronefroz



Abdominal Onkolojik Aciller :Üriner fistülizasyon

Kolovezikal fistüller, kolon lümeni ile mesane arasındaki, doğrudan veya araya giren bir apse boşluğu yoluyla olan iletişimlidir. Floroskopi ile kontrastlı lavman Veya mesane içine kontrast madde vermek

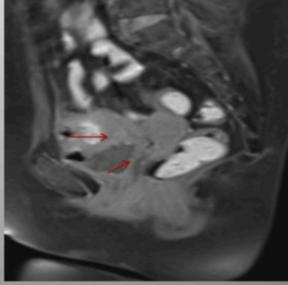
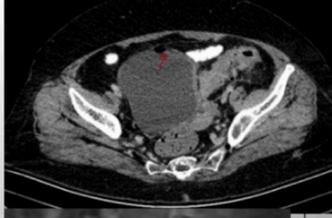
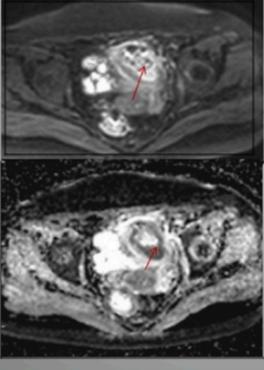
Sigmoid Ca, 59Y, K fekalürü, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve idrarın rektal geçişi



ZEYNEP KESKİN

Abdominal Onkolojik Aciller : Üriner fistülizasyon

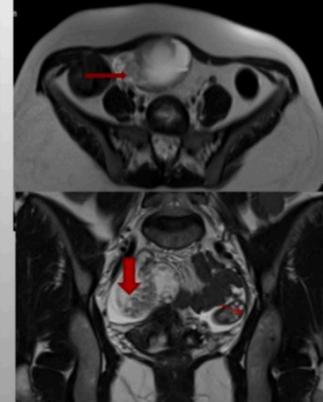
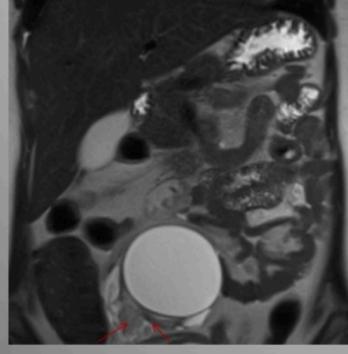
Mesane arasında lokalize en geniş yerinde aksiyel planda 55x45 mm ölçülen içerisinde hava intensitesi ve fekalite ait olabilecek sinyal değişiklikleri bulunan, periferik yoğun kontrast tutulumu gösteren, periferik difüzyon kısıtlılığı gösteren, kapalı perforasyona ait olduğu düşünülen komplike yapıda sıvı lokülasyonu, mesane lümeninde hava intensiteyi izlenmektedir (mesaneye fistülizasyon)



Abdominal Onkolojik Aciller : Torsiyon

35Y,K, pelvik bölgede şiddetli ağrı, mide bulantısı ve kusma

Torsiyonun temel özellikleri, venöz ve lenfatik engorjman nedeniyle oluşan over ödemi ve şişkinliğidir. Bu, arteriyel bozulmayı şiddetlendirir ve kanamaya ve enfarktüse neden olabilir.

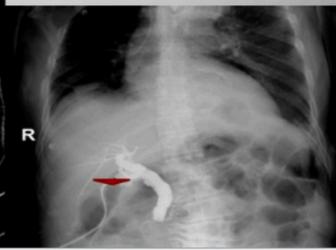
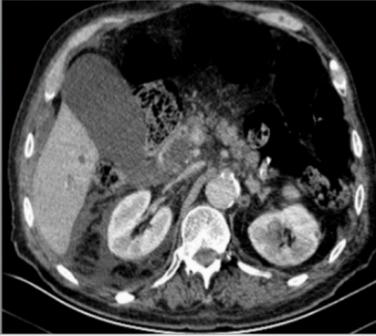


Abdominal Onkolojik Aciller : ERCP sonrası koledok perforasyonu

85Y,E,iHSY dilate olması nedeniyle sebep belirlemek amaçlı ERCP

ERCP günümüzde daha çok safra kanalı taşlarının çıkarılması, malign ya da benign darlıklarda stent yerleştirilmesi ve safra kesesi veya safra kanalı ameliyatlarından sonra ortaya çıkan komplikasyonların tedavisi için kullanılır.

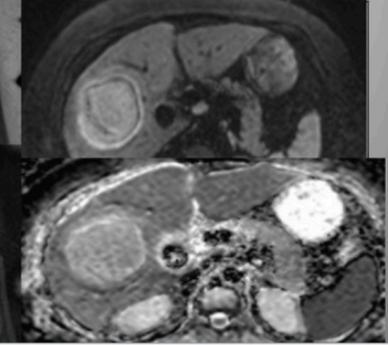
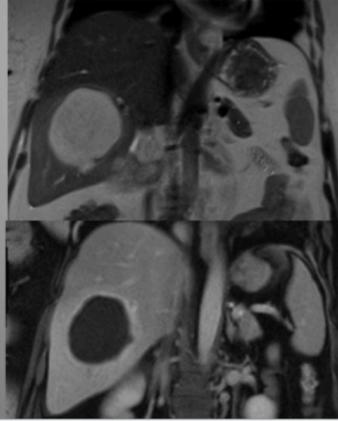
t-tüp kolonjiografide:Geç fazlarda elde edilen grafide; sistik kanal ve ana hepatic kanal bileşke düzeyinde kontrast ekstrasvazasyonu dikkati çekmektedir.



Abdominal Onkolojik Aciller : Abse

51Y, F, KT, ateş, halsizlik, titreme, iştahsızlık, kilo kaybı, karın ağrısı ve bulantı.

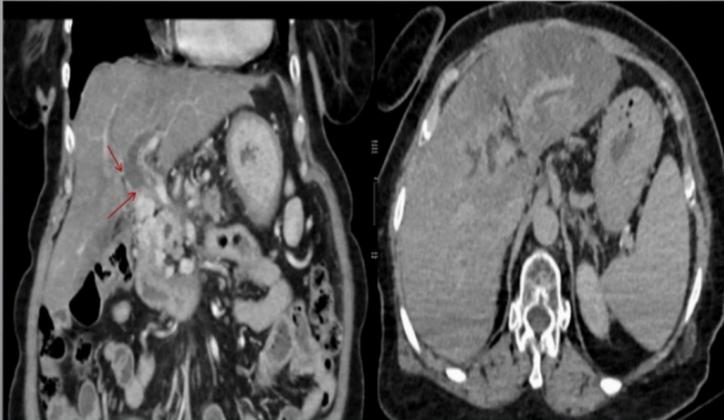
Kanser hastaları, gerek hastalığın kendisi gerekse uygulanan kemoterapiler nedeniyle, özellikle de nötrojeni gelişmiş ise, bakteriyel ve fungal infeksiyonlara duyarlılığı artmış hastalardır. Ayrıca kanserli hastalarda gelişen infeksiyonlar yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmektedir.



Abdominal Onkolojik Aciller :Kolanjit

79Y,K, Pankreas CA. Sağ üst kadranda karın ağrısı,ateş ve sarılık

Akut kolanjit safra kanalı tıkanıklığına bağlı safra ağacının akut bakteriyel enfeksiyonunu ifade eder . Acil safra dekompresyonu gerektiren yüksek mortaliteli bir durumdur.



- Onkolojik acil durumların farkında olmak, doğru tanıyı hemen koyabilmek ve uygun yönetimi seçmek için önemlidir. Değerlendirme genellikle ADBG veya abdominal US ile başlasa da, kontrastlı BT tanı sürecinde önemli bir rol oynar.

Bu sayfa bilinçli olarak boş bırakılmıştır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KONYA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



IV. INTERNATIONAL ONCOLOGICAL EMERGENCIES CONGRESS

Konuşma Tam
Metin Kitabı

Full Text
Proceedings
Book

17-20 OCTOBER
2024
KONYA
Konya City Hospital

Congress Scientific Secretariat:

- Yasin Yıldız, MD.
atuyasin02@gmail.com
Demet Acar, MD.
dr_demetacar@hotmail.com
Asst.Prof.Emin Fatih Vişneci
drfatihvisneci@hotmail.com
Ayla Mollaoğlu, MD.
mollaoglu@windowslive.com

Congress Organisation Secretariat:

- Menderes Hazır
info@atuder.org.tr
0554 568 12 15

<https://acil42.com/onkolojikacillerkongresi>

