ONKOLOJİK ACİLLER

Dr. P. Fulden Yumuk, Dr. Faysal Dane

Tanı kriteri

- Kanser veya kanser tedavilerinin komplikasyonlarıdır.
- Hayatı tehdit eder. Geç kalınırsa geri dönüşümsüz olabilir.
- İzlemde herhangi bir dönemde (ilk tanı sırasında, aktif tedavi alırken veya hastalığın seyrine bağlı olarak ilerleme sırasında) görülebilir.

Superior Vena Cava Sendromu (SVCS)

Klinik:

SVCS'nin % 75'inin nedeni akciğer kanseridir.Hastalık ne kadar hızlı ilerlerse hasta o kadar akut SVCS geliştirir.

- Ödem, siyanoz, pletora, şişkinlik (yüz, boyun, üst ekstremite, üst göğüs kafesi)
- Artan dispne, zamanla ortopne
- Öksürük
- Kollateral venöz dilatasyonu (göğüs kafesi)
- Görme bulanıklığı
- Serebral venöz basınç artışına bağlı (Başağrısı, Vertigo, Sersemlik hissi, Stupor ve koma)

Gerekli Tetkikler:

- Anatomik lokalizasyon için toraksın bilgisayarlı tomografisi (BT) ve vasküler yapıları detaylı görmek için manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yapılmalıdır.
- Histolojik tanı için mutlaka biyopsi alınmalıdır. Lenfoma, germ hücreli tümör ve küçük hücreli akciğer kanserinde ilk tedavi kemoterapi (KT), Radyoterapi (RT) olacağı için kesin tanı gereklidir.

Tedavi:

Altta yatan nedene göre tedavi yönlendirilir.

- Steroidler (dexamethasone 8-16 mg i.v/IM, daha sonra günde 2x8mg / 4x4mg.

Amaç ödemi azaltmak, bazı hastalıklarda direkt tedavi etmektir. Özellikle lenfomada biyopsi alınmadan önce kullanılması patolojik alt tipin kesin olarak belirlenmesini zorlaştırabilir.)

- Diüretikler
- Tromboza bağlı nedenlerde antikuagulan tedavi ve / veya trombolitik tedavi

Cerrahi

- Bypass graft, anjioplasti veya stentler, varsa santral venöz kateterin çıkartılması

Radyoterapi

Palyasyon, küratif amaçlı yapılabilir. RT başladıktan sonra ilk günde ödem artarak semptomatik kötüleşme olabilir. Steroid bu tabloda faydalıdır.

Spinal Kord Basısı

Klinik:

Kanser hastalarının % 5-10'unda görülür. En sık torasik vertebralarda (%70), daha az oranda lumbosakral (%20) ve servikal (%10) vertebralarda metastaz sonucunda oluşur.

Lokalize sırt ağrısı (Radiküler yayılım), hassasiyet, uyuşukluk, güçsüzlük, paralizi, sfinkterlerin kontrol kaybı

Basmakla ağrı, spastisite, patellar refleks artmış veya kaybolmuştur, ekstensor plantar refleks, anal tonusta artış, perineal sensitivitede azalma, glob vezikale

Gerekli Tetkikler:

- Direkt grafide vertebra destrüksiyonu, çökme, litik / sklerotik lezyonlar görülebilir.
- Kemik sintigrafisi (sklerotik lezyonlar görülür)
- MRI

Tedavi:

Parapleji gelişiminde hastaya ilk 48 saat içinde dekompresyon yapılabilinirse motor kayıp geri dönebilir.

- Dexamethasone (Dekort) 8 mg i.v bolus sonrasında günde 4x4 mg / 2x8mg i.v/IM (hem anti-ödem, hem de lenfoma ve myelomda direkt anti-tümör etkisi için kullanılır)
- RT (RT başladıktan sonra ilk günde ödem artarak semptomatik kötüleşme olabilir. Steroid bu tabloda faydalıdır. Melanom, renal hücreli kanserler RT'e dirençlidir).
- Laminektomi
- Ketoconazole 400 mg 3x1 (prostat kanserinde hızlı etki istenildiğinde) ve steroid ile birlikte kullanılır.

Perikard Tamponadı

Klinik:

- Dispne, öksürük, göğüs ağrısı, ortopne, halsizlik, plevral efüzyon, sinus taşikardisi, jugular vende distansiyonu, hepatomegali, periferik ödem, siyanoz, pulsus paradoksus, kalp sesleri derinden duyulur, pulsus alternans, perikardiyal rub

Gerekli Tetkikler:

- EKO, EKG, Akciğer PA ve lateral grafisi

Tedavi:

- Drenaj (Sitoloji % 65-85'inde (+)'dir).
- Perikard biyopsisi
- Perikardda pencere açılması

İntestinal Obstrüksiyon

Klinik:

- Ağrı, Batın distansiyonu, Bulantı ve kusma (ileri dönemde fekaloid karakterde kusma), Konstipasyon, Hepatomegali (metastatik hastalıkta olabilir)

Tedavi: Prognoz çok kötüdür.

- Palyatif destek (oral alım durdurulur, nazogastrik sonda ile dekompresyon, İV sıvı desteği, ağrı palyasyonu, vb)
- Octreotide (sandostatin 3x0.1 mg amp/gün, hasta fayda görürse, sandostatin-LAR'a geçilebilir)

Üriner Obstrüksiyon

Klinik:

- Böğür ağrısı, bilateral hidronefroz, böbrek yetmezliği, üriner infeksiyon, proteinuria, hematuria

Tanı:

- Kreatinin ve böbrek ultrasonografisi

Tedavi:

- Palyatif üriner diversiyon (fistül ve sepsis en önemli komplikasyonlardır)
- Perkütan nefrostomi
- Suprapubik sistostomi

Malin Biliyer Obstrüksiyon

Klinik: Sarılık, Açık renk dışkı, koyu çay rengi idrar, kaşıntı, kilo kaybı
Gerekli Tetkikler: US'de karaciğer dışı safra yollarında dilatasyon olup olmaması tedaviyi yönlendirir.
Tedavi: Palyatif tedavi (stent) veya destek tedavi

Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı Sendromu

Klinik:

- Hiponatremi (<135 mEq/L)
- Osmolarite: İdrar > Plasma
- Artmış idrar Na atılımı (>30 mEq/L)
- Volüm azalması yok
- Asemptomatik olabilir
- Anoreksi, bulantı / kusma, kabızlık, belirgin kişilik değişiklikleri, depresyon, irritabilite, konfüzyon, letarji, kas güçsüzlüğü
    - Na 110 mEq/L'ın altında ise:
    - Extansor plantar cevap, arefleksi,
    - Psödobulbar palsi, koma, konvulsiyon, ölüm

Tanı: Aşağıdaki kriterler olmalı.

- Hiponatremi ile birlikte düşük BUN (<10 mg/dL)
- Volüm azlığının olmaması ve idrarda Na atılımının devam etmesi
- Periferik ödem, assit gibi aşırı sıvı yüklenme bulgularının olmaması
- Normal böbrek fonksiyonu olması
- İdrar osmolaritesinin yüksek olması

Tedavi:

- Su kısıtlaması
- Distal renal tübüllerde vasopresinin etkisini inhibe etmek için
- Demeclocycline 900-1200 mg, 2x1
- Lithium carbonate 300 mg, 3x1
- Epilepsi, koma varsa serum fizyolojik infüzyonu ve furosemide verilebilir. Replasman sonrası hastada şuur değişiklikleri veya epileptik ataklar olması serebral herniasyonun belirtisidir. Vakit kaybetmeden dexamethasone 10-20mg i.v ve mannitol 50 mg i.v verilmelidir.
- Ca düzeyi izlenmelidir
- Altta yatan kanser tedavi edilmedikçe tekrarlar.

Laktik Asidoz

Klinik:

- Taşipne, taşikardi
- Mental değişiklikler, hepatomegali

Gerekli Tetkikler: Serum laktik asit: 10-20mEq/L (90-180mg/dl)

Tedavi: Sodium bicarbonate infusyonu

Maliniteye İkincil Hipoglisemi

Klinik:

- Mental değişiklik, koma
- Hipotansiyon
- Terleme, solukluk

Tedavi:

- Palyatif (Glucose, Diazoxide, Steroid, Somatostatin ve/veya Glucagon)
- Cerrahi
- Alkol injeksiyonu (hepatoma), veya radyofrekans ablasyon

Adrenal Yetmezlik

Klinik:

- Bulantı ve/veya kusma
- Anoreksi
- Ortostatik hipotansiyon

Gerekli Tetkikler: Serum ACTH ve kortizol

Tedavi: Steroidler (bakınız adrenal yetmezlik)

Tümör Erime Sendromu

Yüksek proliferasyon indeksi olan, tümör yükü fazla ve tedaviye hızla cevap veren hematolojik malinitelerde sıktır. Kemoterapiden 1-5 gün sonra görülür. Tümör lizis sendromu için risk faktörleri:

- 'Bulky' kemosensitif hastalık
- Lösemide çok yüksek blast sayısı
- Tedavi öncesi yüksek ürik asit düzeyi
- Tedavi öncesi yüksek LDH (> 1000 U/L)
- Böbrek fonksiyonlarında bozukluk ve dehidratasyon

Klinik:

- Hiperürisemi
- Hiperkalemi (Hiperpotasemi)
- Hiperfosfatemi
- Laktik asidoz
- Hipokalsemi'e bağlıdır.

Gerekli Tetkikler: Tam kan sayımı, biyokimya (elektrolitler, böbrek fonksiyonları, ürik asit, LDH) ve idrar tetkiki (pH) izlenmelidir.

Tedavi: Profilaksi çok önemlidir.

- Allopurinol 300-600 mg/gün PO
- İV sıvı 3000 ml/m_2/gün
- Hastanın aldığı / çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır
- Sodium bicarbonate 50 mEq/lt. 2-3 amp/lt (84 mg/ml, 10 ml amp.) (Her 2 lt. izotonik NaCe serum içine konulmalı)
- İdrar pH > 7 (ürik asit nefropatisi ve akut böbrek yetmezliğinden korunmak için)
- Calcium glucanate replasmanı (lüzum halinde)
- Lökoferez veya Hydroxurea (esas kemoterapi öncesinde blast sayısını azaltmak için gerekebilir)
- Hemodiyaliz

PARANEOPLASTİK SENDROMLAR tablo 3'de görülmektedir

Tablo 3. Paraneoplastik Sendromlar

Hiperkalsemi	POEMS	Dermatomiyozit/Polimiyozit
SIADH	Polinöropati	Küçük hücreli dışı Ac Ca
Cushing sendromu	Organomegali	Kolon, over ve prostat Ca
SSS dejenerativ hast.	Endokrinopati	Eaton-Lambert sendromu
Periferik nöropati	M protein	Myastenik sendrom
Retinopati	Cilt değişiklikleri	Proksimal kas güçsüzlüğü
Nefrotik sendrom	Eritrositoz	Otonomik disfonksiyon
Trousseau's sendromu	Kırmızı hücre aplazisi	Küçük hücreli Ac Ca'da sık görülür
Pemphigus	Osteomalazi	EMG ile tanı
Acanthosis nigricans	Hipoglisemi	Kalsiyum kanal blokerleri kullanma
Hipertrofik pulmoner osteoartropati	Serebellar dejeneratif hast.	
	Ateş	

(SIADH: Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu; SSS: Santral sinir sistemi; hast: hastalık; Ac: Akciğer; Ca: Kanseri)

Takip / Sonuç:

Önerilen çözümler geçerli olacak semptomları hafifletebilir.
Semptomların tekrarlaması olası hastalığın seyri ile ilişkilidir.

Kaynaklar:

1- Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Clinical practice. Superior vena cava syndrome with malignant causes. N Engl J Med. 2007 May 3;356(18):1862-9.
2- Carlson HE. Metabolic complications. In: Manual of clinical oncology, 5th ed. Ed: Casciato DA, Lipincott Williams&Wilkins, PA, 2004, pp:546-563.
3- Zojer N, Ludwig H. Hematological emergencies. Ann Oncol. 2007 Jan;18 Suppl 1:i45-i48.
4- Higdon ML, Higdon JA. Treatment of oncologic emergencies. Am Fam Physician. 2006 Dec 1; 74(11):1873-80.
5- Thirlwell C, Brock CS. Emergencies in oncology. Clin Med. 2003 Jul-Aug; 3(4):306-10.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ