

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	1 / 12

## TANIM

Hızlı müdahale gerektiren, ölüm veya kalıcı hasarla sonuçlanabilen akut, kanser veya kanser tedavisinin neden olduğu durumlardır

- Kanser veya tedavi komplikasyonları
- Hayatı tehdit eder
- Geç kalınırsa geri dönüşümsüz olabilir
- Kanser her hangi bir dönemde görülebilir
  - İlk tanı sırasında
  - Aktif tedavi alırken
  - Hastalığın seyrine bağlı olarak ilerleme sırasında

### Kardiyovasküler

- SVC sendromu
- Kalp tamponadı

### Solunum sistemi

- Akut hava yolu tıkanıklığı
- Akciğer hemorajisi
- Solunum yetmezliği

### Hematolojik

- Lökostaz
- Hiperviskosite
- DİK
- Trombositopeni
- Nötropeni
- Nötropenik ateş
- Jinekolojik kanamalar

### Renal & metabolik

- İdrar yollarında tıkanma
- Ürat nefropatisi &
- Tümör erime sendromu
- Hiperkalsemi

### Gastrointestinal

- Tıkanma
- Perforasyon
- Kanama

### Nörolojik

- Spinal kord basısı
- Artmış kafa içi basıncı
- Epilepsi

### Çeşitli

- Göz & göz dibi metastazı
- Kemik ağrısı

## ONKOLOJİK ACİLLER SINIFLANDIRMA

### YAPISAL VE TIKAYICI ONKOLOJİK ACİLLER

- Üriner obstrüksiyon
- Malin bilieSuperior vena kava sendromu (SVC)
- Spinal kord basısı
- Perikard tamponadı
- İntestinal obstrüksiyon
- Artmış kafa içi basınç
- Neoplastik menenjit (ac, meme ca, melanom, lenfoma)
- Epileptik atak
- Kafa içi lökostaz
- Hemoptizi
- Hava yolu obstrüksiyonu

### METABOLİK ACİLLER

- Hiperkalsemi
- Uygunsuz antidiüretik hormon salgılanımı sendromu (SIADH)
- Laktik asidoz
- Hipoglisemi
- Adrenal yetmezlik

- Tümör erime sendromu
- İnsan antikor infüzyonu reaksiyonu
- Hemolitik üremik sendrom (HUS/TTP)
- Nötropeni ve infeksiyon
- Pulmoner infiltratlar
- Tifilit (nötropenik enterokolit)
- Hemorajik sistit (koruyucu Mesna)

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	2 / 12

**YAPISAL VE TIKAYICI ONKOLOJİK ACİLLERDE YAKLAŞIM**

<b>ÜRİNER OBSTRÜKSİYON</b>	<b>Etyoloji</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Prostat/GYN Ca (Serviks)</li><li>Met. hastalık</li><li>Fibroz (Post</li></ul> <b>RT) Semptomlar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Bilat. hidronefroz</li><li>Böbrek yetmezliği</li><li>Böğür ağrısı</li><li>Üriner infek.</li><li>Proteinüri</li><li>Hematüri</li></ul>	<b>Tanı</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Kreatinin</li><li>Böbrek US</li></ul> <b>Tedavi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Palyatif üriner diversiyon (fistül, sepsis)</li><li>Perkütan nefrostomi</li><li>Suprapubik sistostomi</li></ul>
<b>MALİN BİLİER SUPERİOR VENA KAVA SENDROMU (SVC)</b>	<b>Etyoloji</b> <p>Akciğer ca %75'inde neden Lenfoma % 12'sinde neden Metastatik ca % 9 Germ-hüc.li ca %3 Timoma %2 Mazetelyoma %1</p> <b>Semptomlar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Nefes darlığı</li><li>Boyun ve yüzde</li><li>şişlik</li><li>Öksürme hissi</li><li>Baş ağrısı</li><li>Göğüs ağrısı</li><li>Disfaji</li><li>Konvülsiyon</li></ul>	<b>Tanı</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Sağ üst mediastende kitle</li><li>VKS'da bası veya trombüs</li><li>Anatomik lokalizasyon</li><li>Histolojik tanı</li><li>Lenfoma</li><li>Vasküler özellikler</li><li>MRI</li><li>Germ hüç. Tm</li><li>SCLC</li></ul> <b>Tedavi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Hasta yaklaşımında ilk basamak;</b> Baş elevasyonu,</li><li>➤ Dikkatli sıvı uygulaması ve Oksijen desteğidir.</li><li>■ Steroidler</li><li>■ Diüretikler</li><li>■ Antikoagulan tedavi</li><li>■ Trombolitik tedavi</li><li>■ <b>Semptomların geçici olarak giderilmesi için diüretikler (furosemid 40 mg IV) ve glukokortikoidler (metilprednizolon 125 mg IV veya deksametazon 16-20 mg IV) genelde önerilir ancak bunların rolü kesin değildir.</b></li><li>■ SVC sendromu olan hastaların çoğu radyoterapi ve/veya kemoterapi ile nonoperatif olarak tedavi edilir.</li><li>■ Ayrıca stabilizasyondan sonra vena kaval stentler, antikoagulanlarla adjuvan tedavi veya cerrahi prosedürler düşünülebilir.</li></ul>

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	3 / 12

## SPİNAL KORD BASISI

### Etyoloji

- Ca hastalarının % 5-10'unda
  - Ac Ca (en sık)
  - Meme & prostat Ca (çok odak)
  - Lenfoma, myeloma
- Dorsal vert 70%
- Lumbosakral vert 20%
- Servikal vert 10%

### FİZİK MUAYENE

- Ağrı
- Spastisite
- Ekstensor plantar refleks
- Anal tonus ↑
- Perineal sensitivite ↓
- Glob vezikal ↓

## SPİNAL KORD BASISI

### Semptom lar

- Lokalize sırt ağrısı
  - Radiküler
  - Kuşak tarzı
  - Aşağıya vuran
- Hassasiyet
- Uyuşukluk
- Güçsüzlük
- Barsak & mesane kontrol kaybı

### Tanı

- Direkt grafi
- Vertebra destrüksiyonu, çökme
- Litik / sklerotik lezyonlar
- Kemik sintigrafisi
- MRI

### Tedavi

- Deksametazon (Dekort) 8 mg
- 4x4 mg IV/IM
- RT (melanom, renal hüç. Ca dirençli)
- Laminektomi
- Ketokonazol 400 mg 3x1 (prostat ca) + steroid
- Ağrı kontrolüne narkotik analjeziklerle başlanır.  
**Kesin ağrı kontrolü;**  
Kortikosteroidler,  
Radyasyon terapisi,  
Cerrahi veya bunların kombinasyonu ile elde edilebilir ve hastanın yaşam beklentisine, hastalığının boyutuna, motor bozukluğun derecesine dayanır.
- Genel olarak steroid dozu; 10 mg IV bolus deksametazon ve ardından 6 saatte bir PO veya IV 4 mg ile devam edilmesidir.

## PERİKARD TAMPONADI

### Etyoloji En sık

- Ac & meme Ca, Lösemi, Lenfoma
- Ca hastalarının % 50'sinde selim nedenlerle
- RT, ilaca bağlı perikardit
- Hipotiroidi
- İdiyopatik
- İnfesiyon
- Otoimmün

### Üremi Semptomlar

- Hipotansiyon ve daralmı ş nabız basıncı
- Juguler venöz distansiyon
- Kalp seslerin

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	4 / 12

- in azalması
- >10 mmHg pulsus paradoksu
  - EKG'de düşük voltajlı QRS
  - Radyografik konjestif kalp yetmezliği bulguları bulunmadan kardiyomegali.
  - Perikardiyal effüzyon tanısı; EKO veya yatak başı transtorasik USG ile doğrulanabilir.
  - Perikardiyal tamponadın sonografik özellikleri görülebilse de bu özelliklerin bulunmaması tamponadı ekarte ettirmez ve acil müdahale kararı yetersiz kardiyak output varlığına göre verilir.

### Tanı

- Ac PA & lat.
- EKG
- EKO
- BT

### Tedavi

- Drenaj
- Sitoloji % 65-85'inde (+)
- Perikard biyopsisi
- Perikardda pencere/skleroz
- Acil perikardiyosentez hayat kurtarıcı olabilir ancak kör perikardiyosentezde %6'dan fazla mortalite riski vardır.
- EKO rehberliğinde perikardiyosentez; güvenlidir, etkilidir ve iyi tolere edilir.
- Çok acil durumda olmayan malign perikardial effüzyonu olan hastalar bir onkolog ile birlikte değerlendirilmelidir

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	5 / 12

## İNTESTİNAL OBSTRÜKSİYON

### Etyoloji

İleri evre kolorektal / over Ca

Metastaz

- Ac Ca
- Meme Ca
- Melanom

### Patofizyolojisi

Mesenter/barsağa tm.ün infiltrasyonu

- Çölyak plexus tutulumu
- Paraneoplastik nöropati (SCLC)

### Bulgular

- Ağrı
- Batın distansiyonu
- Hepatomegali
- Bulantı & Kusma
- Prognoz çok kötü

### Tedavi

- Octreotide
- somatostatin analogu
- sandostatin 0.1 mg amp., LAR formu

## METOBOLİK ONKOLOJİK ACİLLERDE YAKLAŞIM

## HİPERKALSEMİ

### Etyoloji

- Kanserli olguların % 10-20'sinde görülür
- En sık NSCLC , Meme Ca ve M. Myeloma

### Malign Hiperkalsemi Klinik

- En sık paraneoplastik
- Bitkinlik
- İştahsızlık
- Konstipasyon
- Polidipsi
- Kas güçsüzlüğü
- Bulantı & kusma
- Şuur bulanıklığı
- Lab.
- Elektrolitler
- Ca, PO4, albumin
- Düzeltilmiş kalsiyum düzeyi:  
ölçülen kalsiyum + (4 - Albumin)  
x 0.8
- PTH
- PTHrP
- 1,25-dihydroxy D3

### Tedavi

- Hidrasyon
- Furosamid
- Bisfosfanat
- Kalsitonin
- Mithramycin



- *Hiperkalsemiyle birlikte olan, malignensi saptanan hastalarda 1-2 L serum fizyolojik ve furosemid (80 mg İV) ile tedaviye başlanmalıdır.*
- *Hastalarda normal renal fonksiyonlar olduğu düşünülerek, bu tedavi ile kalsiyum diürezisi sağlanır.*
- Derin mental durum değişikliği, renal yetmezlik olan veya sıvı yükünü tolere edemeyecek hastalarda diyaliz endikedir.

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	6 / 12

**UYGUNSUZ  
ANTİDİÜRETİK  
HORMON  
SALGILANIMI  
SENDROMU (SIADH)****Etyoloji**

- Ektopik ADH sekresyonu; çeşitli malignensilere bağlı olarak veya kemoterapi, narkotikler, karbamazepin ve SSRI nedeniyle ADH salınımının stimülasyonuna bağlı olabilir.

**Etyolojiye bakmaksızın uygunsuz ADH sendromu;**

- Övolemide varlığında Diüretik tedavi yokluğunda Normal renal, adrenal ve tiroid fonksiyonları ile birlikte hiponatremi Aşırı sodyum ekskresyonu (UNa >30 mEq/L) Serum osmolalitesinde azalma ile karakterizedir.

**Tanı**

- **Hiponatremi;** kanser hastalarında en sık elektrolit anomalisidir.
- Bulgu ve semptomlar; esas olarak nörolojiktir ve hiponatreminin gelişim hızı ve şiddeti ile koreledir. Erken bulgular anoreksia, bulantı ve huzursuzluktur, bundan sonra baş ağrısı, konfüzyon, nöbetler ve koma gelişir.

**Tedavi**

- **Tedavinin ana noktası sıvı kısıtlamasıdır.** >125 mEq/L üzerinde sodyum düzeyine sahip hastalar genelde asemptomatiktir ve günde 500 ml'lik sıvı kısıtlaması ve yakın takip yapılabilir.
- Daha şiddetli semptomlarda furosemid uygulaması (0.5-1.0 mg/kg) Hiponatreminin düzeltilme hızı tartışmalıdır, ama ilk 24 saatte 12-15 mEq'dan fazla olmamakla birlikte saatte 0.5 mEq/l düzeltilme hızı önerilmektedir.

**ADRENAL  
YETMEZLİK****Etyoloji**

- Bilateral surrenal met.
- Ac, meme, kolon, böbrek ca, lenfoma
- Bilateral surren. alınması
- Hemorajik nekroz
- sepsis, antikua.
- İlaçlar
- mitotane, ketoconazole, suramin, aminoglutethimide
- Steroid & megestrol acetate tedavisinin aniden kesilmesi

**Semptomlar**

- Bulantı & Kusma
- Anoreksi
- Ortostatik hipotansiyon

**Tanı**

- Serum ACTH
- Serum kortizol

**Tedavi**

- Steroid
- Adrenal yetmezlik şüphesi vakalarında steroid tedavisinden önce serum kortizolü bakılmalıdır.

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	7 / 12



KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	8 / 12

**TEDAVİYE BAĞLI ONKOLOJİK ACİLLER****TÜMÖR LİZİS SENDROMU****Etyoloji**

- Hücrelerin akut yıkımından kaynaklanan metabolit anormallikler durumudur ve vücudun potasyum, kalsiyum, fosfor ve ürik asit kullanımını bozan intrasellüler içeriklerinin dolaşıma salınması ile birlikte.

**Yüksek Riskli Hasta**

- Lökosit>100.000
- Bulky tm kitlesi
- Yüksek kreatinin (>2.4mg/dL)
- Yüksek ürik asit
- LDH > 1000 U/L

**Profilaksi**

- Allopurinol 300-600 mg/gün PO
  - IV sıvı 3000 ml/m<sup>2</sup>/gün
  - Na bicarbonate 50 mEq/lt
  - 2-3 amp/lt (84 mg/ml, 10 ml amp.)
  - İdrar pH > 7 (ürik a. nefropatisi & ABY'den korunmak için)
  - Ca glucanate
  - Hemodiyaliz
- IV sıvı ve allopurinol ile profilaksi; tümör lizis sendromu insidansını büyük oranda azaltır.
- Tümör lizis sendromunun en tehlikeli bozukluğu hiperkalemidir. Potasyumda ani artış kardiyak aritmi ve ölüme yol açar.  
Hiperürisemi tedavisi; IV sıvılara sodyum bikarbonat eklenmesi veya asetozolamid verilmesi ile idrar alkalinizasyonudur.
- *Kardiyovasküler instabilite (EKG değişiklikleri) veya nöromüsküler irritabilite (Chvostek veya Trousseau işareti) saptanmayana dek kalsiyum uygulamasından kaçınmak gerekir, çünkü kalsiyum desteği kalsiyum-fosfatın metastatik presipitasyonuna yol açar.*
- Hiperfosfatemide fosfat bağlayıcılar (etkileri sınırlı) veya glukoz ve insülin kullanılır.  
Hemodiyaliz; tümör lizis sendromunun bütün anormalliklerini düzeltilse de aşırı fosfat yükü 12-24 saat aralıklarla diyaliz tekrarı gerektirebilir.





KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	9 / 12

**FEBRİL  
NÖTROPENİ****Tanı Kriterleri**

- **Ateş**  
≥ 38°C (1 saaten fazla) Oral ≥ 38.3°C
- **Nötropeni**  
Nötrofil < 500/mm<sup>3</sup>  
Nötrofil < 1000/mm<sup>3</sup>, fakat ilk 48 saat içinde  
500/mm<sup>3</sup>'ün altına düşme  
ihtimali yüksek  
Ağır nötropeni < 100/mm<sup>3</sup>
- Febril, nötropenik bir hasta kesin bir medikal acildir.
- Nötropeni veya 500 ?? dan az absolüt nötrofil sayımı; kanserli hastaları özellikle de bakteriyemi olmak üzere enfeksiyona predispoze eden en sık nedendir.

**Tedavi**

- Bazen ateş nedeni malign hastalığın kendisine bağlıdır.
- Ateşli onkoloji hastalarında ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır ve bu amaçla tam kan sayımı, kan, idrar, balgam kültürleri yapılmalı ve akciğer grafisi çekilmelidir.
- Fokal yakınma olduğunda ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve uygun kültürler alınmalıdır.
- Bu olgulara kültür için örnek alındıktan sonra ampirik olarak antibiyotik verilebilir.  
*Bunun için son dönemde tek ajan olarak üçüncü kuşak sefalosporin, seftazidim (1 – 2 gr İV) veya sefepim (1 – 2 gr İV) verilmesi yeterli kabul edilmektedir.*
- **Şunlar mevcutsa vankomisin eklenmelidir:**
  - Şiddetli mukozit,
  - Kateter enfeksiyonu,
  - Kinolon proflaksisi,
  - Hipotansiyon,
  - Metisiline dirençli S.aureus olan bir kurum,
  - Dirençli gram pozitif organizmalarla olduğu bilinen bir kolonizasyon.

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	10 / 12

**KEMOTERAP  
İYE BAĞLI  
BULANTI-  
KUSMA**

**Tedavi**


- En sık kullanılan antiemetikler
  - benzodiazepinler,
  - kortikosteroidler,
  - dopamin antagonistleri,  
nöroleptikler ve serotonin (5- HT3) reseptör  
antagonistleridir.
- Bu ajanların birbirlerine karşı pek üstünlüğü  
olmasa da en sık  
kullanılan  
kombinasyonlar metoklopropamid veya 5-HT3  
reseptör antagonisti ile birlikte deksametazondur.
- Lorazepamın direkt antiemetik etkisi olmamakla  
birlikte bunun da eklenmesi sedasyon ve anksiyolizis  
sağlayarak emezisi azaltabilir.

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.PL.1	01.01.2017	----	0	11 / 12

**HİPERVİSKO  
SİTE  
SENDROMU****Etyoloji**

- Hiperviskosite sendromu; anormal kan özelliklerine bağlı olarak kan akımının bozulduğu patolojik durumlardır.
  - Kanın akım özellikleri sıvı ve hücre içeriğine bağlıdır.
- ◆ Herhangi bir hücre dizisinin aşırı üretimi hiperviskositeye yol açabilir.

**Bulgular**

- Polistemi (hematokrit >60%) ve lösemiler (WBC >1000.000 ?? veya lökosit >10%) genelde klinik olarak önemli hiperviskosite ile birlikte dir.
- Dehidratasyon; tüm hiperviskosite sendromlarının etkilerini artırabilir.
- ***Acil hekimi, bu sendromu beklenmedik stupor ve koma ile başvuran olgularda akılda bulundurmaldır. En spesifik fizik muayene bulgusu oküler fundusta "sosis gibi bağlanmış" retinal damarlar, hemorajiler ve eksuda saptanmasıdır.*** 
- Laboratuvar testleri hastanın kanının "yoğun olması" nedeniyle yapılamıyorsa, bu bir ipucu olabilir. Hastalar genellikle anemiktir ve periferik yaymada rulo formasyonu saptanabilir.

**Tedavi**

- Tedavide ilk yapılacaklar IV sıvı replasmanı, hematolojist ile hemen temas ve acil plazmaferezdir.
- Koma varsa ve tanı doğrulandıysa 2 ünite flebotomi (1000 ml) ile birlikte 2-3 L SF ile sıvı replasmanı yapılır.

