

KANSER HASTASI NEDEN ACİL SERVİSE BAŞVURUYOR?

Prof. Dr. Murat ERSEL
Ege Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

NEDEN ACİL SERVİS

- Kanser uzun süreçli bir hastalık periyodu
- Ani kırılganlıklar – dalgalanmalar
- Acil Servis – 7/24 hizmet



NEDEN ACİL SERVİS

- Sadece kanser hastası değil
- Yaklaşık 120.000.000 başvuru/ yıl
- 2007 – Yaklaşık 47 Milyon başvuru/ yıl
- İngiltere - % 42 artış
- Overcrowding
 - Değişen hasta profili
 - Kompleksleşen bakım ve tedavi
 - Altyapı ve 1. basamak yetersizliği



NEDEN ACİL SERVİS

Figure 2: A smaller percentage of A&E patients were sent home without admission in 2017/18 than 2006/07



NEDEN ACİL SERVİS



TURKISH STYLE

- Hocam sondamız çıktı..
- Hocam PEG çıktı
- Hocam diyaliz kateteri çıktı / enfekte oldu
- Hocam hiçbir şey yiyemiyor
- Hocam bız Balikesir'in köyünden geldik
- Hocam bizim bi trombosit takılacaktı poliklinikten yolladılar
- Hocam bız Murat hocanın hastasıyız acile gidin yatırınlar dedi
- Hocam acı çekmesin acilde kalsın



ACİL SERVİSE KANSER İLİŞKİLİ BAŞVURU ORANINI ARTTIRAN GÜNCEL EĞİLİMLER*

- Kemoterapi rejimlerinin daha geniş ve agresif uygulanması
- Kemik iliği nakil sayılarındaki artış
- Etkin tedavi ile artan kür ve sağ kalım oranları
- KT alan yaşlı hasta sayısının artması
- Tüm kanser türlerinde artan sağ kalım oranları

* Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice, 8th ed.



EN SIK BAŞVURU NEDENİ SEMPTOMLAR

- Dispne
- Şiddetli Ağrı
- Şiddetli halsizlik ve oral alım bozukluğu
- Diğer Semptomlar:
 - Delirium ve ajitasyon
 - Bulantı ve kusma
 - Kaşıntı ve terleme
 - Öksürük - hemoptizi
 - Kabızlık veya dışkılama düzensizliği
 - Yatak yaraları
 - Globe vesical



MALİGNİTELERDE ACİL KOMPLİKASYONLAR*

Lokal Tümör Etkisi ile Oluşan:

- Hava yolu obstrüksiyonu
- Patolojik fraktürler
- Paralizi - spinal kord basısı
- Malign kardiyak tamponad
- Superior Vena Cava Sendromu



* Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 9th edition

MALİGNİTELERDE ACİL KOMPLİKASYONLAR*

Biyokimyasal Bozukluklar

- Hiperkalsemi
- Uyumsuz ADH - hiponatremi
- Adrenal yetmezlik
- Tümör lizis sendromu



* Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 9th edition

MALİGNİTELERDE ACİL KOMPLİKASYONLAR*

Hematolojik Bozukluklar

- Febril nötropenik ateş
- Hiperviskozite sendromu
- Tromboembolik olaylar

Tedaviye Sekonder

- KT nedenli bulantı - kusma
- KT ajan extravazasyonu



* Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 9th edition

ACİL SERVİSTE SAĞLANAN PALYATİF BAKIM DESTEKLERİ *

- Ağrı kontrolü
- Sıvı ve elektrolit replasmanı
- Bulantı - kusma kontrolü
- Tümör kaynaklı hemoraji / kord basısı vs.. kontrolü - radyoterapi
- Malign efüzyon drenajı
- İnkontinans - globe - kabızlık desteği
- Enfeksiyon tedavileri
- Oksijen desteği
- Anksiyete - antidepressan - iştah sorun yönetimi



* Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice, 8th ed.

JAMA Oncology | Original Investigation
Trends in Adult Cancer-Related Emergency Department Utilization: An Analysis of Data From the Nationwide Emergency Department Sample
 Donna R. Rivera, PhD^{1,2}, Lisa Gallicchio, PhD¹, Jeremy Brown, MD, Bethemai Liu, PhD¹, Demetrios N. Kytjaou, MD, PhD¹, Neurologist, Philadelphia, PA

- Retrospektif, 2006-12, 700 Milyon ziyaret, 29,5 milyon (%4,2) kanser ilişkili
- Başvuran hastalarda yatış gereksinimi 4 milyon / yıldan fazla.
- Pnömoni, nonspesifik göğüs ağrısı, İYE, sepsis ve KOAH malignite hastalarının önemli ikincil tanılar olmuştur.
- Kanser nedenli sorunlarla başvuran hastalarının yatış oranı % 59,7.

JAMA Oncology | Original Investigation
Trends in Adult Cancer-Related Emergency Department Utilization: An Analysis of Data From the Nationwide Emergency Department Sample
 Donna R. Rivera, PhD^{1,2}, Lisa Gallicchio, PhD¹, Jeremy Brown, MD, Bethemai Liu, PhD¹, Demetrios N. Kytjaou, MD, PhD¹, Neurologist, Philadelphia, PA

Table 2. Adult Cancer-Related Emergency Department Visits by Cancer Type and Disposition Status

Cancer Type	Overall Weighted Frequency (%)	Admitted	Discharged
Overall	4507772 (7.0)	51.7	48.3
Prostate (not other male genital cancers)	3139342 (7.0)	56.1	43.9
Lung (not other respiratory cancers)	2531523 (5.6)	65.8	34.2
Multiple*	722227 (1.6)	48.9	51.1
Cancer	2183154 (4.8)	50.7	49.3
Cancer of unknown or unspecified origin	2493127 (5.5)	62.0	38.0
Female reproductive	1343488 (3.0)	50.1	49.9
Metastatic (not other site cancers)	1489451 (3.3)	53.7	46.3
Non-melanoma (not other skin cancers)	1154345 (2.6)	63.8	36.2
Lymphomas	827443 (1.8)	62.9	37.1
Leukemias	786345 (1.7)	61.0	39.0
Stomach (not other digestive organ cancers)	831941 (1.8)	63.5	36.5
Head and neck	675161 (1.5)	60.1	39.9
Uterus and ovary	645348 (1.4)	61.7	38.3
Multiple†	401481 (0.9)	57.4	42.6
Rectum	419271 (0.9)	70.8	29.2
Esophagus	382141 (0.8)	72.1	27.9
Colorectal	348338 (0.8)	69.6	30.4
Secondary melanomas	324141 (0.7)	66.4	33.6
Bladder	288141 (0.6)	65.5	34.5
Thyroid	266141 (0.6)	63.8	36.2
Multiple‡	201141 (0.4)	66.8	33.2
Cancer of bone and connective tissue	138441 (0.3)	56.8	43.2
Acute cholelithiasis (not gallbladder)	650141 (0.1)	5.8	94.2

JAMA Oncology | Original Investigation
Trends in Adult Cancer-Related Emergency Department Utilization: An Analysis of Data From the Nationwide Emergency Department Sample
 Donna R. Rivera, PhD^{1,2}, Lisa Gallicchio, PhD¹, Jeremy Brown, MD, Bethemai Liu, PhD¹, Demetrios N. Kytjaou, MD, PhD¹, Neurologist, Philadelphia, PA

Table 3. Top 10 Primary Reasons for Cancer-Related Emergency Department Visits and Associated Disposition Status

Diagnoses	Overall Weighted Frequency (%)	Disposition Status, %*		Crude Ratio (95% CI)
		Admitted	Discharged	
Pneumonia [†]	1130447 (4.5)	65.5	34.5	7.16 (6.56-7.77)
Nonspecific chest pain	1084104 (3.7)	29.9	70.1	0.33 (0.32-0.34)
Urinary tract infections	928514 (3.2)	58.3	41.7	0.99 (0.97-1.01)
Septicemia [†]	906814 (3.1)	98.0	2.0	91.16 (81.23-102.3)
Chronic obstructive pulmonary disease	880545 (3.0)	72.6	27.4	1.91 (1.88-1.94)
Abdominal pain	837624 (2.8)	12.0	88.0	0.11 (0.11-0.12)
Fluid and electrolyte disorders	782374 (2.7)	71.4	28.6	2.02 (1.97-2.07)
Congestive heart failure [†]	748222 (2.5)	65.8	34.2	7.75 (7.46-8.05)
Cardiac dysrhythmia	739992 (2.5)	73.6	26.4	1.92 (1.87-1.97)
Intestinal obstruction without hernia	610297 (2.1)	91.2	8.8	10.94 (10.55-11.35)


> 75 yaş = 1,51 OR ; Hafta sonu başvuru = 1,16 OR

ACİL SERVİSİ BAŞVURAN KANSER HASTALARININ KARAKTERİSTİK ÖZELLİKLERİ

6 ay (2014-2015) / 30.000 hasta

- En sık başvuru nedeni: 1. Dispne – 2. Ateş
- En çok başvuru – tekrar başvuru en sık – lenfoma & ateş
- Tüm başvuruların yaklaşık % 5'i kanser ilişkili
- Her 6 başvurudan biri mükkerrer
- Kadın = erkek, yaş ortalaması – 63 ± 14
- On binde 59 yeni tanı malignite

Dr. Onur Tokoçin – Cerrahpaşa




ACİL SERVİSE BAŞVURAN KANSER HASTALARININ KARAKTERİSTİKLERİ

- Yüzde 64 metastaz mevcut
- Ateş - % 41
- Hipotansiyon - % 22
- Taşikardi - % 26
- hT ve taşikardi YB yatışı ve mortalite üzerine etkili (p<0.001)



ACİL SERVİSE BAŞVURAN KANSER HASTALARININ KARAKTERİSTİKLERİ

- Lab:
 - Anemi - % 65
 - Üremi - % 40
 - Hipoalbuminemi - % 34
- İkincil Tanılar: Pnömoni, ağrı, elektrolit bozuklukları
- Yatış: % 41 (AS & servis) - % 1 exitus
 - Acilde ortalama kalış: 4.64 ± 6,73
 - Servise kadar kalınan süre: 3.04 ± 1.91



YAŞAMIN SONA ERMESİ

- Akut sorunlar ya da yavaş yavaş kötüleşme ile başvuran hastalar
- Do not resuscitate / Resuscitate
- Destek ve konfor bazlı yaklaşım – kaçınılmaz son vurgusu
- Evde bakıma devam – hastanede bakım



SON DÖNEM FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

- Aşırı fizik düşüklük / halsizlik
- Azalan oral alım
- Azalan perfüzyona sekonder;
 - Hipotansiyon
 - Taşikardi
 - Siyanoz / cutis marmorata
- Nörolojik
 - Uykuya eğilim
 - Nöbetler
 - Deliryum
- Üst hava yolu sekresyon birikimi
- Aspirasyon riski
- Sinks kontrol kaybı
- Gözlerin kapanmaması – kuruluk , uykusuzluk



Elements of quality end of life care from the SUPPORT study

1. Care related to symptoms and personal care
Pain and symptom management
Having physical touch
2. Being prepared for death
Having affairs in order
Believing family is prepared
Knowing what to expect
Communicating treatment preferences and naming a proxy decision maker
3. Achieving a sense of completion
Seeing good by loved ones
Recognizing one's own accomplishments
Resolving unresolved business
4. Being treated as a whole person
Maintaining dignity
Maintaining a sense of humor
Not doing alone
Having someone who will listen
5. Relating to family, society, care providers, and transcendent
Trust in and comfort with physician and nurses
Being able to discuss personal fears, including dying and death
Not being a burden to family or society
Feeling at peace with life

Reproduced from: Wilson DM, Cella-Wilkins BL. Death in Modern Society. In: Palliative Medicine. Winton S, Connors A, Fenninger A, et al (2015). Saunders Philadelphia 2016. Table used with the permission of Elsevier Inc. All rights reserved.

Copyright apply

UpToDate



Copyright apply



YAŞAMIN SONA ERMESİ

- Kanser hastalarının % 40'ı yaşamlarının son 2 haftalarında acil servise başvuruyor
- Hastaların evde veya hospis üniterelerde ölüme yönelik konforu
- ABD – Hastanede ölüm 2000 – 2015 % 33-20'ye azaltmış
- Kanada % 38 ve değişiklik yok
- İngiltere % 48 – 65 ve yüksek oranda



EVRENSEL NEDENLER

Common reasons hospice patients present to the emergency department

Patient and caregiver factors
1. Inadequate symptom control (eg, pain, dyspnea).
2. Malfunction or loss of support devices (eg, tracheostomy or gastrostomy tube).
3. Stress, fear, or otherwise (ability to cope with impending loss of life).
4. Conflict about life-prolonging treatments. These may be treatments that were discontinued (eg, chemotherapy) or interventions that were never used (eg, hemodialysis).
5. Patients and caregiver(s) have differing philosophies of care.
6. Caregiver fatigue or inability to cope with patient needs.
7. Automatic ingrained response to perceived patient distress.
Hospice-related factors
8. Failure or inability to address patient needs in a timely manner.
9. Poor communication with the patient or family.
10. Equipment failure without timely repair or replacement (eg, home oxygen or nebulizer).
11. Call initiated by hospice (eg, unable to provide a specific type of care).

Modified from:

1. Lamba S, Quast T. Hospice care and the emergency department: rules, regulations, and referrals. *Ann Emerg Med* 2011; 57:282.
2. Lamba S, Quast T, Rossman DL. Emergency department management of hospice patients. *J Palliat Med* 2011; 24:1242.

Reprint: 117600 Version 1.0



NEDEN ACIL SERVİS

- Onkoloji hastanelerinin kapasite azlığı ve çalışma şekli
 - Palyatif bakım merkezlerinin
 - Evde bakım sisteminin organize edilememesi.
- 1. ve 3. Basamak entegrasyonun sağlanamaması
- Sosyal güçlükler
 - Ret edememe / uzun mesafeler – hasta yakını talebi
 - Acil servisin güven veren altyapısı:
 - 112 hasta politikası

