

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL
SERVİSİNE BAŞVURAN KANSER HASTALARININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ACİL
BAŞVURULARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Nebahat CAN

UZMANLIK TEZİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. N. Gökben BECEREN

ISPARTA-2011

Merhum Anne ve babama beni okuttukları, çocuklarıma ve eşime ihtisas döneminde sabırlarından dolayı, Feriha Pehlivan ve ailesine, kendi aileme desteklerinden, ikinci kız kardeşim olan Neslihan Pehlivan'a tüm yardımlarından, tezde yardımlarından dolayı ahbablarım Yüksek Ziraat Mühendis Emine Ekinci ve eşi Ziraat Fakültesi hocalarından Doç Dr. Kamil Ekinci'ye, bütün çalışma arkadaşlarıma, bütün personele çok teşekkür ederim...

Çalışma arkadaşım, kardeşim Arş. Gör Dr. İsa Gökhan YALÇIN'a takıldığım bilgisayar programlarında yardımlarından dolayı teşekkür ederim....

Özellikle ihtisas döneminde bana katlanan, akademik çalışmalarıyla acil tıbbi ilerleyen bilim ve teknolojinin ışığında geliştiren, bilgi ve tecrübelerini bizlerle paylaşan saygıdeğer öğretim üyelerimiz Yrd. Doç. Dr. N.Gökben BECEREN ve Yrd Doç Dr. Önder TOMRUK'a çok teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanserın Tanımı	3
2.1.1. Karsinojenler	4
2.1.2. Kanser Genel Etiyolojisi ve Patogenez	5
2.2. Demografik Özellikler	5
2.2.1. Nüfus ve Coğrafik Etkiler	5
2.3. Onkolojik Aciller	6
2.3.1. Metabolik Komplıkasyonlar	8
2.3.1.1. Akut Tümör Lizis Sendromu	8
2.3.1.2. Hiperkalsemi	9
2.3.1.3. Hiponatremi =Uygunsuz Antidiüretik Hormon (SIADH) Sendromu	11
2.3.1.4. Hipokalsemi	11
2.3.1.5. Hipoglisemi	12
2.3.1.6. Adrenal Yetmezlik	13
2.3.1.7. Laktik Asidoz	13
2.3.1.8. Hiperürisemi ve Böbrek Yetmezliği	13
2.3.2. Solunumsal Komplıkasyonlar	14
2.3.2.1. Vena Kava Superior Sendromu.....	14
2.3.2.2. Malign Plevral Efüzyonlar	15
2.3.2.3. Perikard Efüzyonu / Tamponandı	16
2.3.3. Hematolojik Komplıkasyonlar	17
2.3.3.1. Anemi	17
2.3.3.2. Sitopeni	18
2.3.3.3. Kanser Hastalarında Trombositopeni.....	18
2.3.3.4. İdiyopatik Trombositopenik Purpura	18
2.3.3.5. Dissemine İnvasküler Koagülopati	19

2.3.3.6. Kemoterapi İlişkili TTP ve HÜS.....	21
2.3.3.7. Mikroanjiopatik Trombositopeni	21
2.3.3.8. Kanserli Hastalarda Tromboz	21
2.3.3.9. Nonbakteriyal Trombotik Endokardit.....	22
2.3.4. Enfeksiyonlar	22
2.3.4.1. Febril Nötropeni.....	23
2.3.4.2. Akciğer Enfeksiyonları	25
2.3.4.3. Bakteriyemi	26
2.3.4.4. Gastrointestinal Enfeksiyonlar	26
2.3.4.5. Genitoüriner Enfeksiyonlar.....	26
2.3.4.6. Cilt Enfeksiyonları	27
2.3.4.7. Santral Sinir Sistemi (SSS)'i Enfeksiyonları	27
2.3.4.8. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	27
2.3.4.9. Kanser Hastalarında Enfeksiyonlardan Korunma.....	27
2.3.5. Gastrointestinal Komplikasyonlar.....	28
2.3.5.1. GİS Kanaması	28
2.3.5.2. Bağırsak Tıkanıklığı.....	28
2.3.6. Nörolojik Komplikasyonlar	29
2.3.6.1. Epidural Spinal Kord Basısı.....	29
2.3.6.2. Beyin Metastazı.....	29
2.3.6.3. Serebrovasküler Hastalıklar	30
2.3.6.4. Kanserın Oküler Komplikasyonları	30
2.3.6.4.1. Göz ve Orbita Metastazları	30
2.3.6.4.2. Santral Retinal Ven Trombozu.....	31
2.3.6.4.2.1. Hipervizkozite Sendromu	31
2.3.6.4.2.2. Retinal Arter Oklüzyonu.....	31
2.3.6.4.2.3. Amaurosis Fugaks.....	31
2.3.7. Renal Komplikasyonlar.....	31
2.3.7.1. Prerenal Yetmezlik.....	32
2.3.7.2. Obstrüktif Üropatiye Bağlı Renal Yetmezlik.....	33
2.3.7.3. İntrinsik Renal Yetmezlik	33
2.3.8. Ortopedik Komplikasyonlar.....	34
2.3.8.1. Patolojik Kırıklar.....	34
2.3.9. Ağrı	34

2.3.10. Paraneoplastik Sendromlar	35
2.3.11. Sosyoekonomik Statü Profilleri	36
3. MATERTEL ve METOD	38
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	85
ÖZET.....	89
SUMMARY	90
KAYNAKLAR	91
EKLER.....	94
EK:1- Tez Çalışması Anket Formu.....	94

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

A2	: Anjiyotensin 2
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADH	: Antidiüretik Hormon
ARDS	: Erişkin Respiratuar Distres Sendromu
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CA	: Kanser
CVP	: Santral Venöz Basınç
DİK	: Dissemine İntravasküler Koagülasyon
DNA	: Deoksi Nükleotid Aminoasit
EKG	: Elektrokardiyografi
FM	: Fizik Muayene
GİS	: Gastro İntestinal Sistem
GÜS	: Genito Üriner Sistem
HSV	: Herpes Simplex Virüs
HÜS	: Hemolitik Üremik Sendrom
İTP	: İdiopatik Trombositopenik Purpura
İV	: İntravenöz
KHAK	: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
KHDAK	: Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri
KLL	: Kronik Lenfositik Lösemi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDH	: Laktik Dehidrogenaz
LP	: Lomber Ponksiyon
M	: Mitoz
MRI	: Magnetik Rezonans Görüntüleme
ODTÜ	: Orta Doğu Teknik Üniveristesi
PA	: Posteroanterior
PTH	: Paratiroid Hormon
PTH-RP	: Paratiroid Hormon-Related Protein
PY	: Periferik Yayma

S	: Sentez
SES	: Sosyo-Ekonomik Statü
SDÜTF	: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
SSS	: Santral Sinir Sistemi
TTP	: Trombotik Trombositopenik Purpura
TLS	: Tümör Lisis Sendrom
USG	: Ultrasonografi
VCS	: Vena Cava Superior
VCSS	: Vena Cava Superior Sendromu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma grubunun cinsiyet göre dağılımı	39
Tablo 2. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı	39
Tablo 3. Araştırma grubunun medeni durumuma göre dağılımı	40
Tablo 4. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre dağılımı.....	41
Tablo 5. Araştırma grubunun eş eğitim durumuna göre dağılımı	42
Tablo 6. Araştırma grubunun meslek gruplarına göre dağılımı	43
Tablo 7. Araştırma grubunun düzenli gelir olma durumuna göre dağılımı.....	44
Tablo 8. Araştırma grubunun kişisel aylık gelire göre dağılımı.....	44
Tablo 9. Araştırma grubunun hane aylık gelirine göre dağılımı	45
Tablo 10. Araştırma grubunun gelir düzeyi algısına göre dağılımı.....	46
Tablo 11. Araştırma grubunun BMI' e göre dağılım	47
Tablo 12. Araştırma grubundaki kadınların gebelik sayısına göre dağılımı	48
Tablo 13. Araştırma grubundaki kadınların canlı doğum sayısına göre dağılımı	49
Tablo 14. Araştırma grubunun sigara kullanma durumuna göre dağılımı	49
Tablo 15. Araştırma grubunun alkol kullanma durumuna göre dağılımı	50
Tablo 16. Araştırma grubunun kanser türüne göre dağılımı	51
Tablo 17. Araştırma grubunun kanseri bilme durumuna göre dağılımı	52
Tablo 18. Araştırma grubunun kanser tedavi şekline göre dağılımı	53
Tablo 19. Araştırma grubunun kanser dışında ek hastalıklara göre dağılımı.....	54
Tablo 20. Araştırma grubunun ek hastalığının kanser tanısından önce var olma durumuna göre dağılımı	55
Tablo 21. Araştırma grubunun acile başvuru şikayetine göre dağılımı.....	55
Tablo 22. Araştırma grubunun şikayetin süresine göre dağılımı	56
Tablo 23. Araştırma grubunun daha önceden benzer şikayetlerin olma durumuna göre dağılımı	57
Tablo 24. Araştırma grubunun daha önceden benzer şikayetler olduğunda acil servise başvurma durumuna göre dağılımı	57
Tablo 25. Araştırma grubunun cinsiyete göre kanser türü	58
Tablo 26. Araştırma grubunun yaşa göre kanser türü	60
Tablo 27. Araştırma grubunun medeni duruma göre kanser türü	61
Tablo 28. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre kanser türü	62
Tablo 29. Araştırma grubunun mesleğe göre kanser türü	63
Tablo 30. Araştırma grubunun gelir düzeyi algısına göre kanser türü	64
Tablo 31. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik sınıfa göre kanser türü	65

Tablo 32. Araştırma grubunun gebelik sayısına göre kanser türü.....	66
Tablo 33. Araştırma grubunun canlı doğum sayısına göre kanser türü.....	67
Tablo 34. Araştırma grubunun sigara içme durumuna göre kanser türü.....	67
Tablo 35. Araştırma grubunun alkol kullanma durumuna göre kanser türü	68
Tablo 36. Araştırma grubunun BMI'e göre kanser türü	69
Tablo 37. Araştırma grubunun cinsiyete göre kanser olduğunu bilme durumuna göre dağılımı	69
Tablo 38. Araştırma grubunun yaşa göre kanseri bilme durumuna göre dağılımı	70
Tablo 39. Araştırma grubunun medeni duruma göre kanseri bilme durumuna göre dağılımı	70
Tablo 40. Araştırma grubunun eğitim düzeyine göre kanseri bilme durumunun dağılımı	71
Tablo 41. Araştırma grubunun eş eğitim düzeyine göre kanseri bilme durumunun dağılımı	72
Tablo 42. Araştırma grubunun mesleğe göre kanseri bilme durumunun dağılımı...	73
Tablo 43. Araştırma grubunun düzenli gelire göre kanseri bilme durumunun dağılımı	74
Tablo 44. Araştırma grubunun aylık hane gelirine göre kanseri bilme durumunun dağılımı	74
Tablo 45. Araştırma grubunun gelir düzeyi algısına göre kanseri bilme durumunun dağılımı	75
Tablo 46. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik sınıfa göre kanseri bilme durumunun dağılımı	76
Tablo 47. Araştırma grubundaki hastaların daha önce acile başvurmasına göre kanser bilme durumunun dağılımı	77
Tablo 48. Araştırma grubundaki hastaların acile başvurma şikayetinin süresine göre kanseri bilme durumunun dağılımı	77
Tablo 49. Araştırma grubunu düzenli gelire göre acile başvuru şikayetinin dağılımı	78
Tablo 50. Araştırma grubunun acile başvuru şikâyeti göre dağılımı	79
Tablo 51. Araştırma grubunun kanseri bilme durumuna göre acile başvuru şikayetlerinin dağılımı.....	80
Tablo 52. Araştırma grubunun kanser tedavi şekline göre acile başvuru şikayetlerinin dağılımı.....	81
Tablo 53. Araştırma grubunun şikayetinin başlama süresinin acile başvuru şikayetine göre dağılımı	82
Tablo 54. Araştırma grubunun daha önce benzer şikayet durumuna göre acile başvuru şikayeti.....	83
Tablo 55. Araştırma grubunun BMI'e göre acile başvuru şikayeti.....	84

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma grubunun cinsiyete göre yüzde dağılımı.....	39
Şekil 2. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre yüzde dağılımı	40
Şekil 3. Araştırma grubunun medeni durumuma göre yüzde dağılımı.....	41
Şekil 4. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre yüzde dağılımı.....	41
Şekil 5. Araştırma grubunun eş eğitim durumuna göre yüzde dağılımı	42
Şekil 6. Araştırma grubunun meslek gruplarına göre yüzde dağılımı	43
Şekil 7. Araştırma grubunun düzenli gelirin olma durumuna göre yüzde dağılımı... 44	
Şekil 8. Araştırma grubunun kişisel aylık gelire göre dağılımı	45
Şekil 9. Araştırma grubunun hane aylık gelire göre yüzde dağılımı	46
Şekil 10. Araştırma grubunun gelir düzeyi algısına göre yüzde dağılımı.....	46
Şekil 11. Araştırma grubunun BMI'e göre dağılım	47
Şekil 12. Araştırma grubundaki kadınların gebelik sayısına göre yüzde dağılımı	48
Şekil 13. Araştırma grubundaki kadınların canlı doğum sayısına göre yüzde dağılımı	49
Şekil 14. Araştırma grubunun sigara kullanma durumuna göre yüzde dağılımı	50
Şekil 15. Araştırma grubunun alkol kullanma durumuna göre yüzde dağılımı.....	51
Şekil 16. Araştırma grubunun kanser türüne göre yüzde dağılımı	52
Şekil 17. Araştırma grubunun kanseri bilme durumuna göre yüzde dağılımı	52
Şekil 18. Araştırma grubunun kanser tedavi şekline göre yüzde dağılımı	53
Şekil 19. Araştırma grubunun acile başvuru şikâyetine göre yüzde dağılımı.....	56
Şekil 20. Araştırma grubunun acile başvuru şikâyetinin süresine göre yüzde dağılımı	56
Şekil 21. Araştırma grubunun daha önceden benzer şikâyetlerin olma durumuna göre yüzde dağılımı.....	57
Şekil 22. Araştırma grubunun daha önceden benzer şikâyetler olduğunda acil servise başvurmasına göre yüzde dağılım.....	58
Şekil 23. Araştırma grubunun cinsiyete göre kanser türü yüzde dağılımı.....	59

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kansere bağılı ölümler ülkemizde en sık ölüm nedenleri içinde kalp hastalıklarının ardından ikinci sırada yer almaktadır. Yaşlı nüfusun artmasıyla yeni kanser olgularının sayısında ve kanser tedavisine bağılı yan etkilerin sıklığında artış beklenmektedir (1).

Kanser sistemik bir hastalık olduğu için, onkolojik aciller tüm sistemlerle ilgili olarak ortaya çıkabilmektedir. Yaygın kanseri bulunan veya kanserle birlikte paraneoplastik sendromları olan hastalarda klinik tablo karmaşık olabilir. Bu nedenle onkolojik acil bulunan hastada asıl hedefin onkolojik acil olduğunu unutmayıp hedefi gözden kaybetmemek gerekir (2). Kanser olgularının acil servis başvuruları onkolojik acillerle ilişkili olabilir, bunlar yaşamı tehdit ederler ve yüksek mortaliteye sahiptirler. Erken tanı ve uygun tedavi yaşam konforunun yeniden sağlanmasında etkilidir (3,4). Genellikle acil servislerde kanser hastalarına yararlı olma olanağı düşünülenden daha fazladır. Bu nedenle öncelikle hastayı acil servisine getiren semptomu (nefes darlığı, kanama, epilepsi vb.) yönelik müdahalede bulunmak öncelikli amaç olmalıdır. Hastadan nasıl bir öykü almak gerektiği düşünülüp, sistemler hızlı bir şekilde gözden geçirilerek, hastanın hayatını etkileyebilecek durumlar irdelenmelidir. Uygun tanısal testlerin istenerek sonuçların hızla değerlendirilmesi ve uygun tedavinin seçilerek tedaviye yanıtın dikkatli bir şekilde izlenmesi gereklidir. Kanser hastalarında onkolojik acil olmayan kanser dışında başka bir hastalığın da bulunabileceği unutulmamalıdır. Acil servise genel durumu kötü olarak getirilen bir hastanın, acilde hastayı ilk gören hekim tarafından” terminal dönemde bir hasta” olarak değerlendirdiği ve daha sonra başka bir hekim tarafından” supraventriküler taşikardiye bağılı kalp yetmezliği” olduğu belirlenip, tedavi edilen hastanın yürüyerek taburcu edildiği klinik gözlemler arasındadır (1).

Acil servisler, kanser olgularının tanı ve tedavisinde yadsınamaz bir rol üstlenirler. Olgular hastalığın seyri boyunca gelişen nötropenik ateş, spinal kord basısı gibi onkolojik aciller, beslenme sorunları, ağrı, radyoterapi, kemoterapi ve tanısal cerrahi girişimden kaynaklanan sorunlar, travma, kalp damar hastalıkları, akciğer hastalıkları ve kanserden kaynaklanmayan diğer nedenlerle acil servise başvurabilirler (5,6).

Uluslar arası Hematoloji ve Onkoloji Dergisinde 2009 da yayınlanan retrospektif bir çalışmaya göre Acil Servis başvurularında ileri evre kanserler çoğunluğu oluşturmaktadır ve bu grup, lokalize kanserli hastalara göre 12,69 kez, bölgesel kanserli olgular ise lokalize kanserlilere göre 7,12 kez daha fazla onkoloji ile ilgili olarak acil servislere başvuruda bulunmuştur (7).

Biz de bu çalışmayla Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi (SDÜTF) Hastanesi Acil Servisi'ne 6 aylık dönemde yapılan başvurular içinde malign neoplastik hastalık tanısı olan hastaların demografik, sosyokültürel özellikleri ile acil başvuruları arasındaki ilişkinin değerlendirmesi ve nedenlerinin ortaya konulmasını amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

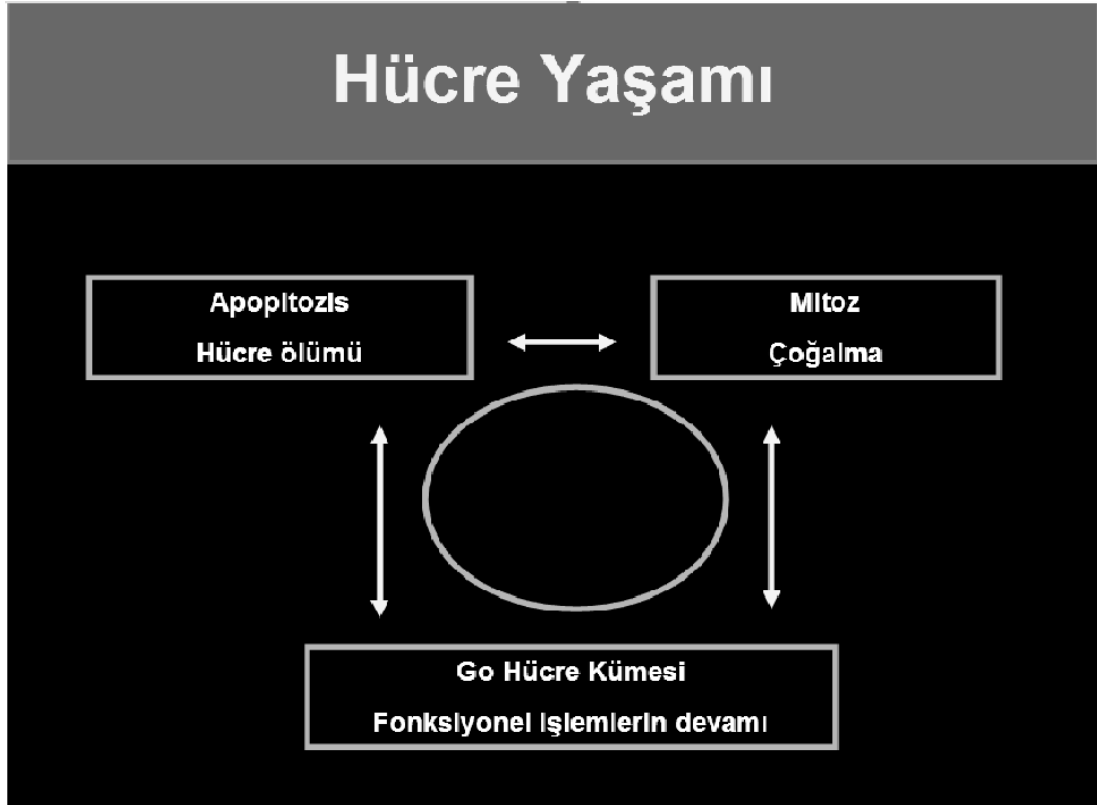
Dünyada ölüm nedenleri içerisinde kanser üst sıralarda yerini korumaktadır. Ülkemizde de kansere bağlı ölümler kalp damar sistemine bağlı ölümlerden sonra ikinci sırayı almaktadır (1). Toplumun kanser bilincinin artması ve teknolojik gelişmeler erken tanı olanakları sağlamakta, aynı zamanda yeni tedavi yaklaşımlarıyla hem kanser olgularının sayısı artmakta, hem de daha uzun süreli bir takip sürecine ve dolayısıyla daha çok acil servis başvurusuna neden olmaktadır. Yaşam beklentilerinin artması nedeniyle takip sürelerinin uzaması sonucu kanserin yol açtığı lokal ve sistemik komplikasyonlarla, tedaviye bağlı gelişen komplikasyonlar daha sık görülmektedir. Sonuçta, kanser hastaları acil servisin iş yükünü önemli oranda arttıran, psikososyal yönden de özellik arz eden önemli bir hasta grubunu oluşturmaktadır.

Genellikle acil servislerde kanser hastalarına yararlı olma olanağı düşünüldüğünden daha fazladır. Hastadan nasıl bir öykü almak gerektiği düşünülüp, sistemler hızlı bir şekilde gözden geçirilerek, hastanın hayatını etkileyebilecek durumlar irdelenmelidir. Uygun tanısal testlerin istenerek sonuçların hızla değerlendirilmesi ve uygun tedavinin seçilerek tedaviye yanıtın dikkatli bir şekilde izlenmesi gereklidir.

Büyük ırk ve etnik kesim arasındaki farklılıklarının açıklanması konusunda biyolojik ve kalıtsal karakterlerin Amerika da sosyo- ekonomik faktörlerden daha önemsiz olduğu düşünülmektedir. Irk ve etnik kökene göre kanser oluşumu arasındaki farklılıklar genellikle yoksulluk ve tıbbi bakım erişim eksikliği önemli bir rol oynamaktadır ve sosyo-ekonomik faktörler, sosyal adaletsizlik ve kültür, karmaşık bir etkileşimi yansıtmaktadır (11).

2.1. Kanser Tanımı

Kanser normal doku özelliklerini kaybetmiş, kontrolsüz olarak çoğalan ve çevre dokular ile uzak organlara yayılma özelliği gösteren bir hastalık grubunu tanımlamaktadır (8). Bu grupta histopatolojik olarak 200 üzerinde hastalık vardır. Kanser genel olarak malign tümörlere verilen isimdir. Benign tümörler için kanser terimi kullanılmaz. Temel tanı histopatolojik (patoloji raporu) olarak konulmaktadır.



2.1.1. Karsinojenler

Karsinojenler normal bir hücreden malign bir tümörün oluşmasını tanımlar.

Hücre Siklusu, hücrenin iki yavru hücreye kromozom sayısı aynı kalarak bölünmesidir. Vücuttaki tüm stromal hücreler mitoz yoluyla bölünürler. Hücrede meydana gelen ve tamiri mümkün olmayan genetik hasarlanma sonrasında hücrenin fizyolojik ve genetik programlanmış bir olaylar zinciri ile ölümüne APOPTOZİS denilir (9). Fizyolojik bir olaydır. Genetik olarak kontrol edilir.

Malign hücrenin özelliklerini klonite, otonomi, anaplazi, invazyon, metastaz oluşturmaktadır.

Karsinojenler, herkesin genetik yapısında kalıcı değişikliğe yol açan etkenlerdir. Değişik genlerdeki sayısız mutasyonlar normal hücrelerin kanserleşmesi için gereklidir. Bu mutasyonların birikimi kanserin neden geç yaşlarda görüldüğünü açıklar. Bir tümördeki bütün hücreler tek bir kök hücreden oluşur. Kanserler stabil olmadıklarından, tümördeki bütün hücreler aynı genotipe sahip değildir. Bu nedenle

bir seçicilik vardır. Klonal seçicilik sonucunda en kuvvetli büyüme özelliklerine sahip hücreler öne çıkar.

2.1.2. Kanser Genel Etiyolojisi ve Patogenez

Kanser patogenezini çevresel (kimyasal, fiziksel ve biyolojik) ve kalıtsal (ailesel kanser sendromları) faktörler, edinsel kabiliyetler (kendi kendine replikasyon, daha uzun yaşam, genetik instabilite, neoanjinogenez, invazyon ve metastaz) ve onkojen aktivasyon, etkisiz DNA tamiri ile genel mekanizmalar oluşturmaktadır.

2.2. Demografik Özellikler

2.2.1. Nüfus ve Coğrafik Etkiler

Kanser oluşumu ağırlıkla yaş, rekabet, sosyoekonomik statü, yaşam alanı gibi nüfus özelliklerinin etkisindedir;

Kanser insidansı oranları, 0–4 yaş arası insidans oranlarının 5 – 9 ve 10 – 14 yaşlar için olan insidans oranlarının iki katı olmasına rağmen, genellikle yaş ile birlikte artar ve bunun yanında kanser tanı konulma oranı 84 yaşından sonra azalır. Yaş grubu olarak 5 – 9 ve 10 – 14 yaşlar arası ile kıyaslandığında daha yüksek oranlar gözlenen 0–4 yaş oranı spesifik kanserler içinde, akut lenfositik lösemi, nöroblastoma ve retinoblastoma sayılabilir. Ayrıca 85 yaş ve sonrasındaki oranlarda düşüş, tanı konulmamış vakaları yansıtmaktadır. Yaşa bağlı belirli insidans paterni kadın ve erkeklere göre farklılık göstermektedir. Kadınlarda ki oranlar ve hastalık ivmesi, 20 – 54 yaş arasında erkeklere göre yüksek iken; 54 yaşından sonra ise erkeklerdeki oranlar ve ivme daha yüksektir. Jinekolojik kanserlere ek olarak, meme ve tiroit kanserleri; 55 yaşından önce kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek insidanslara sahiptir.

Yaşa spesifik ölüm oranı ile insidans oranı genellikle birbirine benzerdir. İnsidans oranları çok az farklı olmasına rağmen 30 – 49 yaş arasında kanser ölüm oranları bayanlarda erkeklerden daha fazladır. İnsidans oranlarının tezatlığına rağmen ölüm oranları 0 – 4 yaş arasında 5 – 9 yaş ve 10 – 14 yaş arasına göre daha azdır ve ayrıca 85 yaşından sonra ölüm oranları diğer yaşlara göre daha fazladır.

Kanserin, yaşlı hastalığı olarak bilinmesine ve gençlerde daha nadir görüldüğüne inanılmasına rağmen; Amerika Birleşik devletlerindeki genç yaştaki ölümlerde kanser, üst sıralarda yer almaktadır. 20 yılın katları şeklinde oluşturulan gruplar değerlendirildiğinde, erkek ve kadın gruplarında kanser, ölüm nedenleri arasında her grupta ilk 5 neden arasındaydı. Bunun yanında, 65 yaş altında ölüm nedenlerinde ilk sıradadır. Birleşik devletlerde, 2000 yılında 116.994 kişi ölmüşken; kanser nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı 16.714'tü.

Tüm yaşlar ele alındığında, 2003'te Birleşik Devletlerde tanı alan kanserlerin sırası: erkeklerde, prostat, akciğer ve kolon; kadınlarda ise, meme, bronş, kolon ve rektum kanserleridir. Bu kanserler, erkek ve kadınlarda yeni tanı alan kanser vakalarının %55'inden fazlasını oluşturmaktadır. . Akciğer ve bronş kanserleri en önemli ölüm sebebidir; bunun takibinde erkekler için prostat, bayanlar için meme kanseri ve her ikisi için kolorektal kanser gelmektedir (11).

Beyaz ve siyah ırktan olan hastalar karşılaştırıldığında (akciğer-bronş; kolon-rektum; prostat ve kadınlarda meme kanseri), diğer gruplardaki insidans ve mortalite oranları daha düşüktü. Beyazlara oranla, azınlık popülasyonlarda; sık görülen kanserler daha sık görülür. (mide, karaciğer, intrahepatik safra kanalları-serviks) Bu durum, spesifik infeksiyöz ajanlara (mide ve karaciğer kanserinde); görüntüleme yetersizliği (servikal kanserler) ve daha da muhtemel olarak hazır gıdaların tüketimi (mide kanseri) ile açıklanabilir

Büyük ırk ve etnik kesim arasındaki farklılıklarının açıklanması konusunda biyolojik ve kalıtsal karakterlerin Amerika da sosyo- ekonomik faktörlerden daha önemsiz olduğu düşünülmektedir. Irk ve etnik kökene göre kanser oluşumu arasındaki farklılıklar genellikle yoksulluk ve tıbbi bakım erişim eksikliği önemli bir rol oynamaktadır ve sosyo-ekonomik faktörler, sosyal adaletsizlik ve kültür, karmaşık bir etkileşimi yansıtmaktadır.

2.3. Onkolojik Aciller

Kanserli hastalarda acil durumlar, malign bir hastalığın ilk teşhisinde, tedavisi esnasında veya rekürrenslerde gelişen ve süratle etkili müdahale yapıldığında hayat kurtarıcı olunması mümkün sorunlardır.

Kanser hastalarının acil servis başvurularında, kendilerinin ve yakınlarının farkında olmadığı ya da önemsemediği şikayet ve semptomlarının altından oldukça ciddi hastalıkların çıkabileceği acil tıp hekimi tarafından iyi bilinmeli ve erken tanınmalı, tedavileri ise doğru ve hızlı yapılmalıdır. Ancak bu şekilde hastaların hastanede uzun süre kalmaları engellenir ve hastane ortamının olası olumsuz etkilerinden korunabilirler. Böylece acil servisler hizmet kalitesini düşürmeden bu artan başvurulara yanıt verebilir.

Nefes darlığı şikayeti ile başvuran bir kanser hastasında; kitle progresyonundan kaynaklanan hava yolu tıkanıklığı, pulmoner emboli, plevral efüzyon, pnömoni, perikardiyal efüzyon ve kalp yetmezliğine kadar tanılar olabilir. Baş ağrısı şikayeti ile gelen bir hasta; beyin metastazı, pıhtılaşma bozuklukları nedeniyle beyin kanaması, intrakraniyal basınç artışı, immün sistemin bozulması sonucu menenjit, beyin apsesi gibi kliniklerle karşımıza çıkabilir. Ateş yakınması ile başvuran hastalarda, kanserin kendisine veya kemoterapiye bağlı nötropeni gelişebileceği, tedavinin gecikmesi sonucu ölümcül seyredebileceği unutulmamalıdır.

Kanser hastalarının bulantı-kusma ile başvurmalarında en sık neden kemoterapi olabileceği gibi, intraabdominal basıya veya yapışıklıklara bağlı ileus, elektrolit bozukluğu ve kafa içi basıncı artışı olabilir. Hastaların akut ya da kronik ağrı şikayeti ile başvurularında, acil cerrahi girişim gerektiren bir durum olabileceği gibi kanser ve metastazlarına bağlı gelişen patolojik kırık, sinir kökü veya organ basısı da olabilir.

Kanser sistemik bir hastalık olduğu için onkolojik aciller tüm sistemlerle ilgili olarak ortaya çıkabilmektedir.

Kanser hastalarının acil servise başvurularında ortaya çıkabilecek klinik durumlar aşağıdaki alt başlıklar şeklinde ele alınacaktır.

1. Metabolik komplikasyonlar
2. Solunumsal komplikasyonlar
3. Hematolojik komplikasyonlar
4. Enfeksiyonlar
5. Gastrointestinal komplikasyonlar

6. Nörolojik komplikasyonlar
7. Renal komplikasyonlar
8. Ortopedik komplikasyonlar.
9. Ağrı
10. Paraneoplastik Sendromlar

2.3.1. Metabolik Komplikasyonlar

2.3.1.1. Akut Tümör Lizis Sendromu

Anti tümör ajanların uygulanması, hücre ölümü sonucunda intrasellüler içeriklerin salınımına yol açmaktadır. Hücre hasarı “eş zamanlı” hiperürisemi, hiperkalemi, hiperfosfatemi ve hipokalsemiyle birlikte yaşamı tehdit eden laktik asidozla sonuçlandığında, Tümör Lizis Sendromu (TLS) ortaya çıkmaktadır (12). Hasta hızla böbrek yetmezliğine girer ya da başvuruda böbrek yetmezliği vardır. Altta yatan malignitenin tedavisine bağlı olarak TLS, saatler veya günler içerisinde gelişebilir. TLS çoğunlukla akut lösemi, Burkitt lenfoma ve diğer lenforetiküler malignitelerde görülür. Solid tümörlerin tedavisi esnasında nadiren gelişir. Ancak nadiren olsa radyoterapi, steroid uygulanması, Tamoksifen veya interferon sonrası da görülebilir. Ürik asit veya kalsiyum fosfat kristallerinin böbrekte çökmesine bağlı gelişen böbrek yetmezliği, hipokalsemiye bağlı gelişen nöbetler, hiperkalemi veya hipokalsemiye bağlı gelişen kardiyak aritmiler, sendromun yaşamı tehdit edici komplikasyonlarıdır (13).

TLS için risk altındaki hasta grupları; genç hasta < 25, erkek, ileri evre hastalık (sıklıkla abdominal hastalık), artmış LDH düzeyidir. Diğer predispozan faktörler; dehidratasyon, konsantre ve asidik idrar, idrarla artmış ürik asit atılımıdır.

Tedavide intravenöz (İV) hidrasyon ve ciddi metabolik problemlerin tedavisi ana hedeflerdir. Hipokalseminin, hiperfosfateminin, hiperkaleminin ve hiperüriseminin tedavisi esastır. Tedaviye yanıt vermeyen veya böbrek yetmezliği gelişen hastalarda hemodiyaliz uygulanması gereken tedavi yöntemidir.

2.3.1.2. Hiperkalsemi

Kanserli hastalarda yaşamı tehdit eden metabolik aciller içinde en sık görüleni hiperkalsemidir. En sık multipl myeloma ve meme kanserinde görülür. Daha az sıklıkla Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanserinde (KHDAK) (özellikle yassı hücreli) ortaya çıkar. Rölatif olarak kemik yıkımının kemik yapımından fazla olduğu durumlarda ortaya çıkar. Kemik metastazı yapan birçok tümör de bu özellikleriyle hiperkalsemiye neden olurlar. Ektopik paratiroid hormon üretimi nadir bir sebeptir.

Birçok organın skuamöz kanseri, hipernefroma, parotis bez tümörleri, küçük hücreli akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser de yüksek frekanslı kemik metastazı yapma özellikleriyle hiperkalseminin en sık onkolojik sebepleri olarak görülmektedir.

Primer hiperparatiroidizm ve kanser, hiperkalseminin en sık görülen iki nedenidir. Düşük veya normal serum immün reaktif Paratiroid Hormon (PTH) düzeyi ve yüksek Paratiroid Hormon Related Protein (PTH-RP) saptandığında, Primer hiperparatiroidizm tanısından uzaklaşılır.

Hiperkalseminin klinik bulgu ve şikâyetleri: dehidratasyon, yorgunluk, güçsüzlük, kaşıntı genel; hiporefleksi, mental durum değişikliği, nöbet, koma, proksimal nöropati SSS; bulantı/kusma, konstipasyon, ileus, poliüri, polidipsi, azotemi, dispepsi ve pankreatit GİS veya GÜS şikâyetleri oluştururlar.

Kardiyak şikâyetler kısa QT aralığı, geniş T dalgası, uzamış PR aralığı, aritmi ve arresttir.

Bir paraneoplastik sendrom olan hiperkalsemiyle kemik metastazının neden olduğu hiperkalsemiyi birbirinden ayırmak güç olabilir.

Kanserli hastalarda hiperkalsemi, malign hücreler tarafından salgılanan veya uyarılan faktörler aracılığı ile ortaya çıkmaktadır. Malignite hiperkalseminde serum PTH seviyesi düşük veya ölçülemez düzeydedir.

PTH-RP seviyeleri yüksekken 1,25 – dihidroksiergokalsiferol ve inorganik fosfat seviyeleri düşük veya normaldir. Osteoklastik kemik rezorpsiyonu ve böbrekteki artmış kalsiyum emiliminin neden olduğu serum PTH-RP seviyesi, maligniteye bağlı hiperkalsemide yüksek prevalansa sahiptir. PTH-RP kansere bağlı

hiperkalseminin en sık nedenidir. Özellikle epidormoid karsinomlarda sıklıkla yükselmektedir. Meme kanserinde görülen hiperkalseminin %30–50 sinden bu protein sorumludur (14).

Osteolitik hiperkalsemi, Multiple Myelom, KHDAK ve meme kanserinde görülmektedir.

Kalsitriol aracılı hiperkalsemi Hodgkin ve Non -Hodgkin lenfomalara bağlı görülmektedir.

Hafif hiperkalsemi, 10,5- 12,5 mg/dl arası serum kalsiyum seviyesiyle karakterizyken, orta derece hiperkalsemide serum kalsiyum seviyesi 12 – 13,5 mg/dl arasında değişmektedir ve şiddetli hiperkalsemi 14 mg/dl seviyelerinde ve üzerinde ortaya çıkmaktadır. Kronik hiperkalsemili hastalar, 14 mg/dl den yüksek seviyeleri belirgin hiçbir semptom olmadan tolere edebilirler. Bu nedenle, klinik bulguların her zaman hiperkalsemi şiddetiyle örtüşmediği ancak doğrudan hiperkalseminin gelişme hızını gösterdiği akılda tutulmalıdır (15).

Albümin ve çeşitli serum proteinleri, serum kalsiyumuna bağlanarak ‘gerçek’ serum kalsiyum seviyelerini bozabilirler. Örneğin, myeloma vakalarında, serum kalsiyum seviyelerindeki dramatik yükselme, şiddetli hiperkalsemiye karşı yükselen serum kalsiyum-bağlama konsantrasyonunu açıkça yansıtmaktadır. ‘Düzeltilmiş’ serum kalsiyum seviyesi, serum albümin konsantrasyonlarını da içeren çeşitli formüller kullanılarak hesaplanır. (Düzeltilmiş Kalsiyum (mg/dl)= Ölçülen Kalsiyum (mg/dl) – Albümin (mg/dl) + 4) (16).

Tedavinin ana prensipleri, hidrasyon ve salin diüresi, bifosfonatlar, galyum nitrat, mitramisin, kalsitonin ve diyalizden oluşur. Bifosfonatlar, özellikle kanser ilişkili hiperkalsemi tedavisinde etkilidir. Serum kalsiyum seviyesini 1–2 günde düşürür ve bu etki genelde birkaç hafta devam eder. Kalp yetmezliği olan, sıvı yüklenmesi olan ve salin diürece yanıt vermeyen hastalarda mitramisin kullanılabilir. Kalsitonin, kan kalsiyum düzeylerini daha hızlı düşüren bir seçenektir. Bifosfonatlar, mitramisin veya salin diürez etkisiz veya kontraendike ise kullanılabilir. Peritoneal diyaliz ve hemodiyaliz, kan kalsiyum düzeyini daha hızlı düşüren ancak hiperkalsemi tedavisinde nadiren ihtiyaç duyulan yöntemlerdendir (4).

2.3.1.3. Hiponatremi =Uygunsuz Antidiüretik Hormon (SIADH) Sendromu

Hiponatremi onkolojik pratikte en sık karşılaşılan metabolik anormalliklerden biridir. Hiponatremi için risk faktörleri; kemoterapi, ilaç ilişkili bulantı-kusma, hidrasyon, ağrı, narkotik ilaçlar, fiziksel ve emosyonel strestir. Kanser hastalarında hiponatreminin en sık nedeni Uygunsuz Antidiüretik Hormon salgınımıdır (SIADH) (17). Antidiüretik Hormon (ADH) normalde, artmış ozmolalite veya azalmış plazma hacmine cevaben posterior pitüiter bezden salgılanır. SIADH sendromunda, böbrekler tarafından tutulan su miktarı artar, toplam vücut sıvısı artar ve plazma hacminde orta derecede artış gerçekleşir. SIADH sendromunda sonuç olarak hiponatremi, plazma hipoozmolalitesi gelişir. ADH'nın ektopik üretimi birçok kanser tipi ile ilişkili olmasına rağmen en çok bronkojenik karsinom ve mezotelyoma ile birlikte görülür. Santral Sinir Sistemi (SSS) hastalıkları (kitle lezyonlar, kanama, enfeksiyon) ve pulmoner enfeksiyonlarda (pnömoni, tüberküloz, abse) SIADH sendromu ile ilişkilidir. İlaçlardan ise diüretikler, Vinkristin, Vinblastin, Siklofosamid, Sisplatin, Klorpropamid, Karbamazepin, iv narkotikler ve antipsikotikler SIADH sendromuna yol açabilirler (13).

Letarji, bulantı, anoreksia ve genel halsizlik hiponatreminin en sık rastlanan semptomlarıdır ve bu belirtiler konfüzyona, konvülziyona hatta koma ve ölüme kadar değişiklik gösterebilir.

Ciddi hiponatremide tedavi seçenekleri arasında; serebral herniasyon gelişme bulguları varsa deksametazon ve mannitol, %3 NaCl infüzyonu, furosemid, santral venöz basınç (CVP) takibi, sık potasyum ve sodyum takibi önerilmektedir. Orta derecede hiponatremide, sıvı kısıtlaması, demeklosiklin ve lityum tuzları tedavide etkilidir.

2.3.1.4. Hipokalsemi

Hipokalsemi, paraneoplastik bir sendrom olarak oldukça nadirdir. Genelde osteoblastik karakterli kemik metastazlarına bağlı olarak veya prostat veya meme kanseri olupta kemik metastazları bulunan hiperkalsemili hastaların tedavisi

esnasında karşılaşılan bir klinikdir. Kalsifiye kondrosarkom ve tiroidin medüller karsinomu hipokalsemiyle direkt ilişkili olan nadir kanserlerdir.

Tiroid malignitesi olan hastalar da cerrahi sonrasında hipokalsemi gelişme riski barındırırlar. Bu hastalarda birlikte alınan paratiroid dokuların geçici veya sürekli olan devaskularizasyonu sonucu hipokalsemi meydana gelebilir. Eğer oluşan etki geçiciyse, cerrahi sonrasındaki birkaç yıl içerisinde hipokalsemi düzelir (18).

Tetani, özellikle yüz, eller ve ayaklarda parestezi ve uyuşukluk, kuru cilt, anormal tırnaklar, katarakt, Chvostek ve Trousseau bulguları klinik belirti ve bulgularıdır. Tedavisinde tablonun ciddiyetine göre oral veya İV kalsiyum preparatları kullanılır. Tedaviye yanıtız vakalarda hipomagnezemi düşünölmelidir (13).

2.3.1.5. Hipoglisemi

İnsölin üreten pankreas adacık hücreli tümörlerinde sıklıkla göröölür. Bunun dışında da bazı malignitelerde hipoglisemi seyrek olarak ortaya çıkabilmektedir. Bunların yaklaşık % 50'sinden yumuşak doku sarkomları, %15'inden hepatoma sorumludur. Fizyopatolojisinde başlıca üç mekanizma vardır. Birincisi İnsölin benzeri maddelerin tümör tarafından yapılmasıdır. İkincisi hepatosölüler kanserler ve karaciğer metastazlarının glikojen depolarını tüketmesi ve glukoneogenezi bozmalarıdır. Son olarak hipoglisemiyi önleyen mekanizmaların yetersizliğidir. Malign tümörlerden insölinoma, büyük retroperitoneal sarkomlar, hepatosölüler karsinom ve hepatic metastazlar hipogliseminin etiyolojisi arasındadır (13). Yine açlık, kronik karaciğer hastalığı, hipoadrenalizm, hipopitüiterizm, miksödem, glikojen depo hastalıkları ve reaktif diğer metabolik nedenler arasındadır. Bunların dışında malignite hastalarında diyet, egzersiz, kullanılan ilaçlar kan şekeri regölasyonunu etkileyen önemli faktörlerdir. Hasta bakım kalitesinin artırılması, yakın kan şekeri monitorizasyonu ve hemşirelik hizmetlerinin devamlılığı anlık bozulmaların önüne geçebilir (19).

Hafif hipoglisemiler daha sık yemek yemekle kontrol edilebilir. Orta ve şiddetli hipoglisemilerin akut dönemindeki kontrolünde kortikosteroidler ve

glukagon kullanılmalıdır (20). Asıl tedavi altta yatan hastalığa yönelik tedavi olmalıdır.

2.3.1.6. Adrenal Yetmezlik

En sık görülen nedeni iyatrojeniktir. Cerrahi adrenalektomi, aminoglutetimid, mitotan veya kronik kortikosteroid kullanımı en sık görülen iyatrojenik nedenlerdir. Adrenal metastazına bağlı adrenal yetmezlik çok nadir görülür (21). Güçsüzlük, kilo kaybı, iştahsızlık, hiperpigmentasyon ve postüral hipotansiyon belirti ve bulgularından birkaçı ile ortaya çıkar. Tedavi; adrenal yetmezlik olan hastalara fizyolojik glikokortikoid replasman tedavisi verilmelidir. Sıklıkla mineralokortikoid replasmanı gereklidir. Akut adrenal yetmezlikte dolaşım kollapsı olduğunda farmakolojik dozlarda parenteral glikokortikoid verilmelidir.

2.3.1.7. Laktik Asidoz

Laktik Asidoz kanser hastalarında nadir görülen fakat tehlikeli bir komplikasyondur. Tip A laktik asidoz, şok ve sepsis durumlarında görülür . Tip B laktik asidoz ise diyabet, böbrek yetmezliği, karaciğer hastalığı, enfeksiyon, kanser, ilaç ve toksin alınması durumlarında görülür. Kan laktat artışına bağlı olarak ($> 2\text{mEq/L}$), arteriyel pH düşmüştür ($\text{pH} < 7.37$). Bu bozukluk laktat yapımının artması ve kullanımının bozulması sonucudur (22). Laktik asidoz görülen kanserli hastaların üçte ikisinde lösemi veya lenfoma vardır. Solid tümörlü hastaların çoğunda ise karaciğer metastazı bulunur. Hastada hiperventilasyon ve hipotansiyon vardır.

Serum laktat konsantrasyonu 4 mEq /L ve üzerinde olan hastaların prognozu daha kötüdür. Bikarbonat tedavisinin laktat ve CO_2 yapımını arttıracığı öne sürülmeğe de şiddetli asidozda bikarbonat kullanılmalıdır. Bunun yanında primer hastalığa yönelik tedavi önem taşımaktadır.

2.3.1.8. Hiperürisemi ve Böbrek Yetmezliği

Akut hiperürisemi, lösemi ve yüksek dereceli lenfoma gibi hematolojik malignitelerde sıklıkla görülür. Böbrek tübülleri ve toplayıcı sistemlerde urat fazla birikirse, böbrek yetmezliğine neden olmaktadır.

Kemoterapi sonrasındaki hiperürisemik böbrek yetmezliği, TLS gelişimi için yüksek riskli hastaların belirlenmesi ve kemoterapiden birkaç gün önce başlanan ve ürik asit düzeyi 7mg /dl'den düşük olacak şekilde ürikolizik (Allopürinol) uygulamasıyla önlenabilir. Kemoterapi sonrası gelişen hiperürisemik akut böbrek yetmezliği, konservatif girişimlere genellikle refrakterdir. Hastalar destek tedavisi ve böbrekte düzelme için hemodiyalize ihtiyaç duymaktadırlar (23).

2.3.2. Solunumsal Komplikasyonlar

2.3.2.1. Vena Kava Superior Sendromu

Vena Kava Superior Sendromu (VKSS) ilk kez William Hunter tarafından 1757 yılında sifilitik aort anevrizması olan bir hastada tanımlanmıştır. Bu yüzyılın ortalarına kadar yapılan çalışmalarda benign etiyolojiler ön plandayken, son çalışmalar %78–97 oranlarında malign neoplazmaların etiyolojide sorumlu olduğu göstermiştir (24). Bunların da yaklaşık %80'ini özellikle küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) oluşturur. Akciğer kanserli hastaların yaklaşık % 5'inde VKSS görülür. İkinci sıklıkta %2–20 ile lenfomalar gelmektedir (Mediasteni tutan Hodgkin lenfomalar içinde diffüz büyük hücreli ve lenfoblastik lenfoma en sık). Meme kanseri VKSS neden olan en sık metastatik neoplazmdır. Germ hücreli tümörler, metastatik gastrointestinal tümörler, Kaposi sarkomu, nöroblastoma ve lösemiler diğer nedenlerdir (25). Benign etiyolojiler olarak guatr, idiyopatik mediastinal fibrozis, histoplazmozis, tüberküloz görülmektedir. Ayrıca, santral venöz kateter, “le ween” peritonovenöz şant, “pacemaker” kateter trombozları da benign etiyolojiler arasındadır.

Vena Kava Superior (VKS)'a dışarıdan bası, tümörün intraluminal invazyonu veya tromboz ile tıkanır. Bu durumda Azygos veni en önemli kollaterali oluşturur. Diğer kollateraller internal mammarian venler, lateral torasik venler, paraspinoz venler ve özefageal venlerdir.

Çoğunlukla sinsi başlangıçlıdır. Hastalığın şiddeti altta yatan sebebe, tıkanıklığın oluşma hızına, trombozun varlığına, tıkanıklığın lokalizasyonuna ve kollateral kan akımına bağlıdır.

En sık belirtiler; nefes darlığı (hastaların %50'sinde), boyun ve yüzde şişlik (hastaların %40'ında), gövdede ve üst ekstremitelerde şişlik (hastaların %40'ında) olarak sıralanabilir. Öksürük hissi, baş ağrısı diğer sık semptomlarıdır. Göğüs ağrısı, öksürük, disfaji, mental durum değişiklikleri ve konvülsiyonlar seyrek şikayetlerdir.

En sık fizik muayene bulguları arasında, torasik ven distansiyonu (%65), boyun venöz dolgunluğu ve yüzde ödem (%55), takipne (%40), plethore ve siyanoz (%15), üst ekstremitelerde ödeme (%10) ve Horner Sendromu (%3) görülmektedir. Radyografik görüntüleme seçenekleri arasında, direkt akciğer grafisi, toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT), Süperiorvenocavografi, Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) bulunmaktadır.

Tedavi seçenekleri arasında, destek tedavi (hipoksi yönetimi, oksijenizasyon, beyin ödemi açısından kortikosteroid, diüretikler), stent uygulama, radyoterapi, kemoterapi, antikoagülan ve fibrinolitik tedavi ve cerrahi dekompresyon sayılabilir (26). VKSS tedavisi sonrası prognozda en önemli faktör altta yatan hastalıktır. Tedavide amaç semptomların düzeltilmesi ve altta yatan hastalıkta kür sağlanmasıdır. Amaç palyatif tedavi veya oklüzyonun hızla düzeltilmesi ise endovasküler stentleme veya trombolitik tedavi seçenekleri uygulanır. Halen radyoterapi birçok hastada optimal tedavi seçeneğidir. Yüksek doz radyoterapi uygulanması sonrası, klasik tedaviye göre yanıt süresi belirgin olarak kısalmıştır.

Yapılan çalışmalar radyoterapinin etkisinin, kaval akımı arttırmaktan ziyade mediasten içi basıncı azaltarak kollateral dolaşıma izin vermesi olduğunu ortaya koymuştur (27). VKSS gelişen olgularda yaşam beklentisi, altta yatan malign durumla ilgili olarak pek çok varyasyon göstermekle birlikte, 1,5 ile 9,5 ay arasında değişmektedir (28).

2.3.2.2. Malign Plevral Efüzyonlar

Etiyolojisinde en sık akciğer ca (özellikle adenokarsinomu), meme ca, lenfoma, primeri bilinmeyen kanserler, gastrik karsinom, overyan karsinom, malign melanom ve sarkomlar bulunmaktadır. Plevral efüzyon mekanizmaları temelde üç şekilde olabilir: plevranın tümör tarafından direkt tutulumu, lenfatik veya venöz obstrüksiyon veya bu mekanizmaların her ikisinin birlikte olduğu durumlar. Plevral

sıvının ayırıcı tanısına giren plevral fibroz veya akciğer konsolidasyonu, fizik muayene veya akciğer grafisi ile ayırt edilemeyebilir. Lokülasyondan dolayı sıvının aspirasyonu kolay değildir, USG eşliğinde işlemin yapılması büyük avantaj sağlamaktadır.

Plevral efüzyonun en sık semptomları öksürük ve nefes darlığıdır.

Perküsyonda matite, azalmış solunum sesleri, azalmış vokal fremitus ve egofoni klasik muayene bulgularıdır. Trakea efüzyonun karşı tarafına itilmiş olabilir. Sıvının transüda-eksüda ayrımında, sitolojik inceleme amacıyla, lökosit sayımı açısından, pH ve tümör belirteçlerini saptamak amacıyla torasentez yapılır.

Plevral sıvıda benign – malign ayrımının yapılamadığı bazı nadir olgularda alınan torasentez mayisinden çalışılan tümör belirteçleri, tedavi açısından yön verici olabilir (29). Malign efüzyona bağlı solunum yetmezliğinde, toraks boşluğundan alınacak 1500 mL sıvı hastayı rahatlatacaktır. Daha fazla miktarda sıvı çekilmesi reaktif pulmoner ödeme ilişkili olabileceğinden önerilmemektedir. Çoğu vakada efüzyon tekrarlar ve bundan dolayı daha etkili tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulur. Kemoterapi, radyoterapi, plöredez, drenaj ve sklerozan ajan uygulaması diğer tedavi seçenekleri arasındadır. Plevral skleroz komplikasyonları arasında; pnömotoraks, öksürük, göğüs ağrısı, ateş, sıvının lokülasyonu, ampiyem ve plörokütanöz fistül ve plörektomi sayılabilir (26).

2.3.2.3. Perikard Efüzyonu / Tamponandı

Malign perikardiyal efüzyon sıklıkla preterminal bir durumdur. Kalbin lenfatik ve venöz drenajının tıkanması ve bunun sonucunda intraperikardiyal basıncın artması, mediasten lenf nodlarının tutulması, perikarda doğrudan tümör invazyonu, perikardiyal efüzyonun başlıca nedenleridir. Kanser nedeniyle ölen hastaların yaklaşık %10 ile %20'sinde, otopsi serilerinde kalbin perikardiumunda metastaz saptanmıştır. Epikardium ise metastatik lezyonların %75'inde tutulur. Epikardial metastazların %35'ine perikardiyal efüzyon eşlik etmektedir. Malign perikardiyal efüzyon vakalarının %75'ini akciğer ve meme kanseri oluşturmaktadır. Melanom, lösemi ve lenfoma diğer sık nedenlerdendir. Konjestif kalp yetmezliğiyle benzer belirtiler verir. Dispne, öksürük, göğüs ağrısı, ortopne, çarpıntı, güçsüzlük,

baş dönmesi, anksiyete, yüzde pletora başlıca semptomlardır. Semptomatolojide asıl mekanizma yavaş gelişen perikardiyal tamponattır. Bulguları arasında; inspirasyonla artan boyun venöz dolgunluğu (Kussmaul bulgusu), inspirasyon sonunda sistolik kan basıncında 10 mmHg üzerinde düşüş (pulsus paradoksus), derinden gelen kalp sesleri, akciğerlerde raller, hepatosplenomegali ve asit görülebilir.

Ayırıcı tanısında VKSS, radyasyon perikarditi ve perikarditin malign olmayan etiyojileri (miyokard enfarktüsü, konnektif doku hastalığı, üremi, miksödem, travma, kardiyotoksik ilaçlar) bulunmaktadır.

Akciğer grafisi (kardiyak silüetin genişlemesi, “su şişesi” görünümü), EKG değişiklikleri (elektriksel alternans), Ekokardiyografi, kardiyak kateterizasyon, perikardiyosentez ve sıvının analizi tanısız seçenekler arasındadır. Perikardiyal metastazların saptanmasında BT teknikleri işe yarayabilir. Genellikle BT’de izlenen görüntü, perikardiyal efüzyon, preperikardial lenf nodları, perikardiyal kalınlaşma ve nodüllerdir (30). Perikardiyosentez ve kateter drenajı, radyoterapi, sklerozan ajan uygulaması ve perikardiektomi ve miyokardiyal metastazlar için kardiyak radyasyon tedavi seçenekleridir (26).

2.3.3. Hematolojik Komplikasyonlar

Kanserli hastalarda hematopoetik hücre serilerinde ve pıhtılaşma proteinleri ile ilgili anormallikler gelişebilir. Hematolojik paraneoplastik sendromların hematopoietik koloni stimüle edici faktörlerin aberran yapımı ile olduğu düşünülmektedir (31).

2.3.3.1. Anemi

Kanserli hastalarda anemi sıklıkla gözlenir. Bu hastalarda anemi mekanizmaları; kronik hastalık anemisi, kemik iliği (KI) invazyonu, kan kaybı, tedaviye bağlı kemik iliği baskılanması, hipersplenizm (paraneoplastik hastalık tablosu değildir), otoimmün hemolitik anemi (lenfomalar, akciğer ca, meme, mide, kolorektal kanserleri, vs.), megaloblastik anemi, nutrisyonel eksikliğe bağlı anemi, mikroanjiopatik hemolitik anemidir.

2.3.3.2. Sitopeni

Dolaşan kandaki şekilli elementlerin azalması, kemik iliğindeki azalmış veya yetersiz yapıma, artmış hücre yıkımına, dalaktaki sekestresyona bağlı olabilir. Kanser hastalarında bu anormalliklerin sıklıkla kombinasyonları gözlenmektedir.

Granülostopeni; Granülosit sayısının 1500/ml altına inmesine Granülositopeni veya Nötropeni denir. Timoma'da, nadiren Hodgkin hastalığında ve immünolojik mekanizmalara bağlı olarak gelişebilir. Lenfositopeni; mutlak lenfosit sayısının 100/ml'in altına inmesi olup, az görülen bir paraneoplastik sendromdur. En sık olarak, Hodgkin hastalığı, disproteinemi ile seyreden anjiyoimmünoblastik lenfadenopati ve solid tümörlerde izlenebilir. Kortikosteroid kullanımı sırasında ve radyoterapiden sonrada ortaya çıkabilir. Primer hastalıkların tedavisi ile düzelirler (31).

Meme, prostat ve akciğer kanserleri kemik iliği metastazı ile en sık ilişkili solid organ tümörleridir. Melanom, nöroblastoma ve böbreğin, adrenal bezin ve tiroidin kanserleri diğer sık tümörlerdendir. Kemik iliği baskılanma derecesi ile kemik iliğindeki tümör kitlesi direkt ilişkili değildir. Hematolojik hiçbir anormallik olmadan da kemik iliği tutulumu ortaya çıkabilmektedir. Hastalarda kemik ağrısı, kemik hassasiyeti, radyografik olarak kemik korteks tutulumu ve artmış kan alkale fosfataz düzeyleri görülür (32).

2.3.3.3. Kanser Hastalarında Trombositopeni

Kanser hastalarında trombositopeninin en sık sebebi üretim azlığıdır. Dalak sekestresyonu da trombositopeniye yol açabilir ve bu durum hemen her zaman anemi ile birlikte dir. Artmış trombosit yıkımına bağlı trombositopeni nedenleri arasında ise Dissemine İnvasküler Koagülopati (DİK), İdiyopatik Trombositopenik Purpura (İTP) ve kemoterapi ilişkili Trombotik Trombositopenik Purpura (TTP), Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS) en önemli hastalıklar olarak sayılabilir (32).

2.3.3.4. İdiyopatik Trombositopenik Purpura

Maligniteli hastalarda İTP'ye benzer bir sendrom tanımlanmıştır. Onkolojiyi ilgilendiren İTP'lerin içinde bulunduğu grup, sekonder İTP olarak adlandırılır.

Sekonder ITP'ye bağılı trombositopeni immün fonksiyonları baskılayan kronik hastalıklar sonrasında, lenfoproliferatif / myeloproliferatif hastalıklar sonrasında, gebelik veya otoimmün hastalıklar sonrasında izlenebilir (33). Özellikle malign lenfoma ve kronik lenfositik lösemi (KLL) ile birlikteliğı sık ancak solid organ tümörleriyle nadiren ilişkilidir. IgG bağılı plateletlerin retiküloendotelyal sistemde yıkımı sonucu ortaya çıkan trombositopeni tablosudur.

İdiyopatik Trombositopenik Purpura (ITP) benzeri sendromda anemi yoktur. Periferik Yayma (PY)'da eritrosit sayısının normal ya da artmış olduğı saptanır. DİK ve ilaca bağılı trombositopeni yoktur. Hastalar ileri yaşıdadır. Olguların %80'i semptomatik olup kanama, peteşi, purpuralar gözlenir. Trombosit sayısı 30.000/ml altındadır.

Altta yatan hastalığın tedavisi ITP kontrolünün temel basamağıdır. Buna ek olarak günde 60–80 mg prednizolon, bazı hastalarda tek doz alkilleyici ajan veya Vinka Alkaloid verilmesi ve dirençli vakalarda Splenektomi diğere seçenekler arasındadır (32).

2.3.3.5. Dissemine İnvasküler Koagülopati

DİK, normal hemostatik dengenin bozulduğı, kazanılmış bir medikal durumdur. DİK 'te mikro dolaşımdaki fibrin depolanması ve izleyen iskemik organ hasarına bağılı artmış trombin formasyonu izlenir. Birçok tıbbi, onkolojik, cerrahi ve obstetrik olay DİK'e yol açabilir (34).

DİK, sıklıkla trombotik natürde kronik bir koagülasyon bozukluğı şeklinde (Kronik DİK) veya akut hemorajik diatez şeklinde (Akut DİK) ya da sadece laboratuvar testleriyle saptanabilen koagülasyon bozukluğı şeklinde kendini gösterir. Akut DİK hızlı çoğalan ve nekroz gösteren tümörlerde gelişirken, Kronik DİK daha yavaş çoğalan tümörlerde oluşur. Akut DİK tablosu az görülür ve "Dekompanse DİK", Kronik DİK "Kompanse DİK" olarak tanımlanır.

Kanserli hastalardaki rutin kan tetkiklerinde en sık karşılaşılan anomaliler; fibrin ya da fibrinojen yıkım ürünlerinde artış, trombositoz ve hiperfibrinojenemi şeklindedir. Bu anomaliler, fibrinolizle birlikte overkompanse intravasküler

koagülopati ile uyumludur. Fibrinojen, pıhtılaşma faktörleri ve trombosit yapımının artmasına bağlı olarak dolaşımdaki seviyeleri artar.

Kanserli hastalarda DİK gelişimi; doku tromboplastini, proteolitik enzimler, müsin ve diğer tüm belirlenemeyen tümör ürünleri gibi çok sayıda tromboplastik maddelerin salınımına bağlı olarak ortaya çıkar. DİK tanısı alan hastaların 1/3'ünde kanser mevcuttur. Akut DİK'te kanama diatezi hakimdir. Kronik DİK'te ise başlangıçta trombotik komplikasyonlar ağırlıktadır. Belirgin bir DİK tablosu nadirdir. En sık görüldüğü hastalar akut promyelositik lösemi (M3) ve çeşitli adenokanserlerdir. Bunlardan; pankreas kanseri %24, akciğer kanseri %20, prostat kanseri %13, mide kanseri %12, kolon kanseri ve primeri bilinmeyen kanserler %5'er, over kanseri %4 oranında DİK ile izlenebilir (35).

DİK'e bağlı olarak gelişen durumlar;

Erişkin Respiratuar Distress Sendromu (ARDS), Gr(-) ajanların yol açtığı sepsise bağlı Oligürik Renal Yetmezlik ve Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS), intrakranial kanamaya ve trombositoya bağlı nörolojik sendromlar, Pulmoner Hemorajik Sendrom, ciltte purpura fulminans şeklindedir.

DİK'li hastalarda ölüm; sıklıkla akciğer, SSS ya da GİS'de kanama ya da trombozise bağlı gelişir (36).

DİK tedavi algoritmasında aşağıdaki sıra önerilmektedir (32):

1. Altta yatan hastalığın / patolojinin düzeltilmesi,
2. Kan ve kan ürünleri replasmanı,
3. Heparin (tartışmalı; mortaliteyi azaltmaz),
4. Gerekli durumlarda fibrinolizisin inhibisyonu,
5. Antiplatelet ajanlar (aspirin, dipiridamol),
6. Diğer önlemler (aktive protein C infüzyonu).

DİK'te Heparin kullanımı ile ilgili tartışmalar vardır. Kronik DİK daha çok trombotik, tromboembolik veya nekrotizan komplikasyonlar ile seyrettiği için Heparin endikasyonu vardır. Taze donmuş plazma, trombosit süspansiyonları ya da

taze tam kan süspansiyonları ciddi seyreden hemorajik Akut DİK'te özellikle tercih edilmelidir.

2.3.3.6. Kemoterapi İlişkili TTP ve HÜS

Kanser tedavisinin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilen TTP / HÜS en sık özellikle adenokarsinom için Mitomycin C verilmesi ile ilişkilidir. Vakaların %90'ından fazlası Mitomycin C ile ilişkilidir. Tedavisinde plazma transfüzyonu ve yoğun plazmaferez başarılı seçeneklerdir (32).

2.3.3.7. Mikroanjiopatik Trombositopeni

Etiyolojisi bilinmemektedir. İmmün komplekslerin neden olduğu endotel hasarı, tümör embolileri ve intravasküler koagülopati üzerinde durulmaktadır. DİK, TTP ve HÜS ile birlikte görülebilir.

Perifer kanında parçalanmış eritrositler, Coombs negatif hemolitik anemi ve trombositopeni ile tanı konur. Hastalarda hafif bir renal fonksiyon bozukluğu sıklıkla mevcut olup, belirgin böbrek yetmezliği gelişmesi nadirdir. Başağrısı, konfüzyon, letarji ya da hemiparezi olabilir. Özellikle pulmoner sisteme ait mikrovasküler hyalen trombüslerin görülmesi karakteristiktir. Bu mikrotrombüsler içinde tümör hücreleri mevcut olup, sıklıkla trombosit içermez.

En sık olarak mide adenokanserinde görülür. Bunun dışında meme, pankreas, over, prostat, kolon ve akciğer kanserleri ile primeri bilinmeyen kanserlerde de nispeten sık olarak karşılaşır. HÜS kanserin ilk klinik bulgusu olabilir ve sıklıkla DİK 'e işaret eder. Hastaların büyük çoğunluğu iki ay içinde kaybedilir.

Tedavisinde plazma transfüzyonu ve DİK gelişenlerde Heparin kullanılır. Kortikosteroidler başarısızdır. Altta yatan malignite için uygun kemoterapi başlanmalıdır (36).

2.3.3.8. Kanserli Hastalarda Tromboz

Kanser hastalarında genel trombotik atak insidansı %10–15 arasındadır. Özellikle postoperatif periyotlar bu durumla yakından ilişkilidir. İdiyopatik venöz tromboembolizm saptanan hastaların, özellikle ilk 6 ay içinde, %5–10'una kanser

tanısı konmaktadır. Trombozis ile en sık ilişkili kanserler arasında GİS maligniteleri, akciğer ve over ca bulunmaktadır. Kanser ve tromboza yakınlık ilişkisi uzun zamandan beri bilinmektedir. Bu durumdan en çok sorumlu tutulan ajan günümüzde doku faktörüdür. Onkolojik vakalardaki hiperkoagülopati mekanizmaları arasında tümörün kan damarlarını invaze ederek zarar vermesi, doku faktör-benzeri protokoagülan üretimi ve inflamatuvar sitokinler sayılabilir.

Kanser hastalarındaki reküren tromboz tedavisi; antikoagülan tedavi, vena kava filtresi, kompresyon çorapları, tümörün cerrahi olarak çıkarılması ve profilaksiyi içerir (32).

Onkoloji hastalarında venöz tromboza yakınlıkta en çok tercih edilen ajan düşük molekül ağırlıklı heparinlerdir. Bununla birlikte, bu ajanların malignitelere rutin kullanımını destekleyen klinik çalışmalar da yayınlanmaktadır (37).

2.3.3.9. Nonbakteriyal Trombotik Endokardit

Sol taraf kalp kapakçıklarından steril, verrüköz, fibrin-trombosit kümelerinden oluşan lezyonların varlığı ile karakterizedir. Trikuspid kapak tutulumu çok nadirdir. Otopsi serilerinde görülme oranı %1–2 olarak bildirilmiştir. Altta yatan kanser türü büyük oranda adenokanserlerdir. Serebral ve koroner arterler başta olmak üzere tüm arteriyal sistemi etkileyebilirler. Hastalar sıklıkla beyin, koroner ya da diğer organ embolileri ve bunlara bağlı infarktlar ile başvururlar. Bu hastalarda çok sayıda arteriyal oklüzyonun gösterildiği anjiyografi ile kesin tanı konur. Olguların ancak 1/3'ünde kalpte sistolik üfürüm duyulabilir. Sıklıkla afebrildirler. Ekokardiyografi'de 2 mm'den büyük vejetasyonlar görülebilir.

Tedavisinde Heparin ve Kumadinin yeri tartışmalıdır. Heparin tedavisi kısmen yararlı olsa da Kumadin ile alınan sonuçlar başarısızdır. Primer tedavi altta yatan malignitenin tedavisidir (37).

2.3.4. Enfeksiyonlar

Kanser hastalarında enfeksiyon morbiditesi ve mortalitesinin artmış olduğu bilinmektedir. Kanser hastalarının immünitesinin baskılanmasının başlıca iki nedeni kanser hastalığının kendisi ve/veya kanser tedavisidir.

2.3.4.1. Febril Nötropeni

Nötropenik hastalarda ateş, her zaman enfeksiyonun neden olduğu bir medikal acil olarak düşünülmelidir. Hastalarda ateş olmasa dahi, eğer enfeksiyon belirti ve bulguları varsa ateşi olanlar gibi tedavi edilmelidirler. Nötropenin erken evrelerinde bakteriyel etkenler daha ön planda olduğundan tedavi de bu etkenlere yönelik olmalıdır. Nötropenik hastaların detaylı fizik muayenesi yapılmalı, her zaman bu mümkün olmasa da, olası ateş kaynakları saptanmaya çalışılmalıdır.

Nötropenik ateş, tek bir oral ölçümde 38,3 °C'nin üstü veya 1 saatten uzun süren 38 °C ve üstü ateş olarak kabul edilir. Nötrofil sayısının 1000 hücre/ μ L altında olması nötropeni olarak kabul edilir ve artmış enfeksiyon riski ile ilişkilidir. Sayı 500 hücre/ μ L'nin altına düştüğünde mutlak nötropeniden bahsedilir ve 100 hücre/ μ L nin altında enfeksiyon riski oldukça yüksektir. Beklenen nötropeni gelişme zamanı kemoterapi sonrası 7- 10. günler olduğu için, kemoterapi sonrası beşinci veya altıncı gün yüksek ateşle gelen ve nötrofil sayısı 500–1000/mm³ bulunan bir hasta febril nötropenik kabul edilir. Nötrofil sayısı azaldıkça enfeksiyon riski artmakta, nötrofiller 500/mm³'ün altına düştüğünde ise enfeksiyon riski çok yükselmektedir. Nötropenik hastalarda ateş yükseldiğinde bunun nedeni %80 olasılıkla enfeksiyon olacağı için bu hastalara yaklaşım çok iyi bilinmelidir (38).

Nötropenik hastalarda enfeksiyondan korunma önlemleri olarak, genel önlemler (el yıkama, cilt temizliği, temiz yiyecekler), izolasyon önlemleri (maske, eldiven, hava filtreleri), profilaktik antibiyotikler, seçilmiş hastalarda iv Vankomisin, antifungal ajanlar sıralanabilir. Nötropenik ateş tanısında, öykü ve fizik muayene, laboratuvar değerlendirmesi, kültürler, görüntüleme seçenekleri kullanılır. Yüksek riskli febril nötropeni yatırılarak tedavi gerektirir. Başlanacak ampirik antibiyotik tedavisi her bölgede sık izlenen patojenlerin direnç profiline göre düzenlenmelidir (39).

Antibiyotik Tedavi Öncesi Nötropenik Hastanın Değerlendirilmesi:

Nötropenik hastada konakçının inflamatuvar yanıtı yeterli olmadığı için enfeksiyon belirti ve bulguları çok hafiftir. Pnömonili hastaların ancak %8'inde pürülan balgam, idrar yolu enfeksiyonlarının %11'inde piyüri saptanabilmektedir. Minimal perirektal eritem veya rektal tuşede duyarlılık, perirektal sellülit ve absenin

tek bulgusu olabilmektedir. İntravenöz Kateter (Hickman kateter) giriş / çıkış yerindeki minimal kızarıklık, buradaki enfeksiyonun tek belirtisi olarak görülebilmektedir. Bu nedenle enfeksiyon odağı aramaya yönelik fizik muayene dikkatli yapılmalıdır.

Ampirik antibiyotik öncesinde PA Akciğer grafisi çekilmeli, idrar mikroskopisi, 20–30 dk ara ile üç ayrı damardan üç kan kültürü ve varsa şüpheli odaklardan kültürler alınmalıdır. En iyi değerlendirmeyle bile bu ilk değerlendirmede (FM ve laboratuvar yöntemleriyle) en çok % 40 hastada enfeksiyon odağı saptanabilir. İkinci %40 hastada da ya tedavi sırasında enfeksiyon odağı saptanır veya odak bulunamadan ateşi düşer. Febril nütropenik hastalarda % 80 olasılıkla enfeksiyon vardır.

Enfeksiyon gelişme riskini artıran en önemli iki faktör, nütropeni derinliği ve nütropenin süresidir. Kısa süreli nütropenilerde bakteriyel enfeksiyonlar ön planda iken, nütropeni süresi uzadıkça fungal enfeksiyonlarında ortaya çıktığı bilinmektedir.

Tedavi:

1-Başlangıç ampirik tedavi; febril nütropenik hastalar genellikle geleneksel olarak hastaneye yatırılıp iv antibiyotik tedavisi almaktadırlar. Ancak yapılan çalışmalar göstermektedir ki seçilmiş düşük riskli hastalar ayaktan oral antimikrobiyal tedavi ile de taburcu edilebilmektedir.

a. İntravenöz antimikrobiyal tedavi; febril nütropenik hastaların büyük bir kısmı bu gruba girmektedir. Buradaki önemli nokta, kültür sonuçları beklenmeksizin, başlanan antimikrobiyal tedavinin en olası patojenleri kapsamasıdır. Genel olarak üç temel rejim uygulanmaktadır; tek başına geniş spektrumlu bir antibiyotik, Vankomisin içermeyen ikili antibiyotik tedavisi, Vankomisin içeren ikili veya üçlü antibiyotik tedavisi.

b. Oral antimikrobiyal tedavi; günde 2 kez 750 mg Siprofloksasin ve 2 kez 1000 mg Amoksisilin / Klavulanat uygun ve güvenilir bir tedavi rejimi olarak seçilmiş nütropenik hastalara verilebilir.

2- İlk 7 günlük ampirik tedavi; başlanan ilk antimikrobiyal tedavi rejimine genellikle 3–5 gün sonra yanıt alınır. Antimikrobiyal tedavi başladıktan sonra ortaya çıkabilecek olası üç senaryo vardır: hastalar ilk 1–3 günde kötüleşebilirler, hastalarda ilk 3–5 günde tedaviye yanıt alınır ve ateşsiz seyredeler veya hastalar 3–5 günden sonra hala febrildirler. Bu nedenlerden ötürü özellikle birinci ve üçüncü grup hastalarda tedavi rejimleri yeniden gözden geçirilmeli, hasta tekrar değerlendirilmeli ve varsa kültür sonuçları uygun şekilde yorumlanmalıdır.

3- Hastalık süresince ampirik tedavi; antimikrobiyal tedaviye devam edip edilmeyeceğinin en önemli göstergesi hastanın nötrofil sayısıdır. Hastanın nötrofil sayısı 500 hücre/ μ L üzerinde ise ve takip eden 2 gün ateşi olmamışsa tedavinin sonlandırılması düşünülebilir. Afebril duruma geçen ama hala nötropenik olan hastaların tedavisi hakkında bir görüş birliği yoktur. Bazı uzmanlar oral tablet tedaviyle taburculuğu önerirken bazıları iv tedaviye devam edilmesi gerektiğini belirtirler (40).

2.3.4.2. Akciğer Enfeksiyonları

Pulmoner bulgular lokalize veya her iki akciğerde yaygın infiltrasyonu şeklinde olabilir Pulmoner infiltrasyonu olan kanser hastalarının yaklaşık %25-30'unda infeksiyöz olmayan nedenler ateşten sorumludur: radyasyon pnömoniti, ilaç ilişkili pnömonit, pulmoner emboli ve kanama. Akciğerlerde pnömoni veya fibrozise neden olan kemoterapi ilaçları olarak Busulfan, Bleomisin, Metotraksat, Sitozin Arabinosid sayılabilir. Akciğer enfeksiyonu, nötropenik ve nonnötropenik hastalarda farklı mikroorganizmalarla ortaya çıkabilir.

Ancak akut başlayan ve şiddetli seyreden semptomlar varlığında bakteriyel patojenler düşünülmelidir. Her ne kadar kanser hastaları fırsatçı patojenlere karşı daha duyarlı olsa da, toplum kökenli pnömonilerde ana etkenler İnfluenza virüsü ve S.pneumoniae'dir. Hastane kökenli pnömonilerde etkenler arasında E.coli, K.pneumoniae, P.aeruginosa, Acinetobacter suşları ve S.aureus sayılabilir. Bunun yanı sıra Pneumocystis Carini enfeksiyonları da adölesan / çocuk kanser hastalarında en sık görülen fırsatçı enfeksiyonlar arasında sayılmaktadır (41).

Tanısal seçenekler arasında, gerekli durumlarda, balgam yayma ve kültürü, seroloji, antijen testleri, kan kültürleri, yüksek rezolüsyonlu akciğer BT, torasentez ve akciğer biyopsisi sayılabilir (39).

2.3.4.3. Bakteriyemi

Febril nötropenik hastalarda %10–20 oranında saptanır. En sık sepsis kaynağı akciğer ve gastrointestinal sistemdir. Enfeksiyon odaklarına göre tedaviye antibiyotikler veya antifungal eklenir.

Kalıcı intravenöz kateteri (Hickman) olan hastalarda, lokal enfeksiyon bulgusu yoksa kateter yerinde bırakılır. Ancak, antibiyotik tedavisinin 48.saatinden sonra alınan kan kültürleri (+) ise kateter çıkarılır. Kalıcı intravenöz kateterlerde iki türlü enfeksiyon görülür. Tünel enfeksiyonları (kateterin ciltten damara kadar ilerlediği en az 5–6 cm lik cilt altı yolu), giriş / çıkış yeri enfeksiyonlarıdır. Kateteri olan hastalarda lokal enfeksiyon bulgusu varsa ve antibiyotik tedavisiyle bu bulgular 48–72 saatte düzelirse kateter yerinde bırakılır. Ancak hastalarda enfeksiyon bulguları düzelmezse veya kateter enfeksiyonu varsa kateter çıkarılır.

2.3.4.4. Gastrointestinal Enfeksiyonlar

Kemoterapi alan hastalarda sıklıkla mukozit görülmektedir. Bu hastalarda oral veya ösefajial kandidiazis görülebilir. Tedavisinde Flukanazol kullanılmaktadır.

Herpes Simplex Virüs de bu hastalarda önemli bir enfeksiyon nedenidir. İntravenöz (İV) Asiklovir tedavisi gerektirir. Peritonit, hepatit ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanan hastalarda görülebilen Clostridium Difficile enteriti bu hastalarda ortaya çıkabilen diğer önemli enfeksiyonlardır.

2.3.4.5. Genitoüriner Enfeksiyonlar

Pelvik tümörü olan (rektum, mesane, jinekolojik vb.) ve bu nedenle cerrahi, radyoterapi uygulanmış olan ve idrar sondası olan hastalarda sık görülür.

2.3.4.6. Cilt Enfeksiyonları

En çok görülen Herpes Simplex Virüs (HSV) ile mukokutanöz herpes ve Varisella Zoster Virüs (VZV) ile Zona Zoster'dir. Ayrıca, lokal ilerlemiş tümörler üzerinde (sarkom, baş-boyun tümörleri, meme kanseri...) enfeksiyon gelişebilmektedir. Ancak bunların çoğunda antibiyotik tedavisi yeterli olmamakta, tümör tedavi edilmedikçe enfeksiyon bulguları gerilememektir. (bakteriyal kolonizasyon kabul edilmektedir) (39).

2.3.4.7. Santral Sinir Sistemi (SSS)'i Enfeksiyonları

Hodgkin hastalığı ve Nonhodgkin lenfomalı başta olmak üzere bazı hastalarda Kriptokok ve Listeria ile menenjit ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarında Herpes Simplex Virüs (HSV) ve Variselle Simlex Virüs (VSV) ile sporadik ensefalitler görülebilmektedir.

2.3.4.8. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

Sinüslerin tümör tarafından infiltre edilmesiyle (nazofarenks ca, Burkitt lenfoma...) akut ve kronik sinüzitler gelişebilir. Nötropenik olmayan ve nötropenik hastalarda bakteriyal etkenler farklı olur. Ayrıca, Aspergillus ve diğer mantarlarda sinüzite neden olabilir. Otitis mediaya neden olan bakteriler (H.İnfluenza, S.Pnömonia) nötropenik olmayan ve nötropenik grupta farklı değildir (39).

2.3.4.9. Kanser Hastalarında Enfeksiyonlardan Korunma

Kanser hastalarında enfeksiyonların çoğunluğu endojen floradan kaynaklanmaktadır. Ancak bunların yarısında da bu flora hastanede kazanılmaktadır. Bu nedenle çevreye yönelik tedbirler alınmalıdır. Bunların başında doktorların, diğer sağlık personelinin ve hasta yakınlarının hastalara dokunmadan önce ve sonra ellerini iyi yıkamaları gerekliliğidir. Nötropenik hastalara pişirilmiş yemeklerin verilmesi, çiğ sebze ve meyve verilmesinin kolonizasyonu engelleyebileceği düşünülmektedir. Pozitif hava akımlı ve hepafiltreli odalar, kök hücre transplantasyonu yapılan hastalarda kullanılmaktadır.

Antibakteriyal profilaksi amacıyla ilaç kullanımının yararlı olduğu gösterilememiştir. Aynı şekilde antifungal profilaksi de rutin olarak kullanılmamalıdır. Kök hücre transplantı yapılan hastalarda HSV'ye karşı profilaktik Asiklovir kullanılmaktadır. Bazı hastalarda da Pneumocytis Carini ye karşı profilaktik Trimetoprim-Sülfometaksazol verilmektedir.

2.3.5. Gastrointestinal Komplikasyonlar

2.3.5.1. GİS Kanaması

Aktif kanserli hastalarda GİS kanamanın en sık sebepleri eroziv gastrit, peptik ülser hastalığı, özefageal veya gastrik varisler iken, direkt tümöre bağlı nedenler %10-15'lik bir kısmını oluşturmaktadır. Kanama çoğunlukla bu hastalarda aspirin veya glukokortikoid kullanımıyla ilişkilidir. Gastrointestinal sistem kanserleri genelde kronik ve yavaş kayıplara sebep olurken, özellikle GİS tutan melanom ve leiomyosarkomlar ciddi kanamaya neden olurlar. Tedavi, kanserli olmayan GİS kanama hastaları ile benzerdir. Ancak rezektabl olmayan ve persistan kanamaya devam eden tümörler için radyoterapi düşünülebilir (42).

2.3.5.2. Bağırsak Tıkanıklığı

Kanserli hastalarda, tümörün kendisine veya metastazlarına bağlı bağırsak obstrüksiyonu vakaların %60–70 oranında gelişebilmektedir. Bu vakalarda obstrüksiyonun %20–30 nedeni benign durumlarken, %10–20 hastada sebep, yeni ve sıklıkla opere edilebilir primer lezyondur. Maligniteye bağlı bağırsak tıkanıklığına en sık sebep olan kanserler over karsinomları ve GİS tümörleridir.

Kanserli hastalarda bağırsak tıkanıklığı çeşitli mekanizmalarla olmaktadır. Bunlar arasında, kitlenin bağırsağa dışarıdan basısı, bağırsak lümeninin kitle tarafından daraltılması, bağırsak nöral pleksusunun kitle tarafından tutulması, özellikle melanomlar da görülen intusepsiyon ve paraneoplastik sendromlara bağlı yalancı obstrüksiyon sayılabilir.

Tedavi seçenekleri arasında uygun hastalarda dekompresyon, stent uygulaması, cerrahi seçenekler, kemoterapi, radyoterapi, nazogastrik dekompresyon ve bağırsak motilite tedavisi sayılabilir (42).

2.3.6. Nörolojik Komplikasyonlar

2.3.6.1. Epidural Spinal Kord Basısı

Epidural Spinal Kord basısı nöro onkolojik bir acildir. Bel ağrısıyla başvuran her kanser hastası bu açıdan dikkatli muayene edilmeli ve nörolojik disfonksiyonu olanlarda ileri araştırma düşünülmelidir. Epidural metastazların %10'u servikal, %70'i torakal ve %20'si de lumbosakral bölgede ortaya çıkmaktadır. Hastaların %10-40'ında multifokal yerleşim gösterir.

Herhangi bir tümör Epidural Spinal Kord basısına neden olabilir ancak en sık (%15) hastada akciğer kanseridir. Meme, prostat kanseri, lenfoma ve myelom da diğer sık malign etiyolojileri oluşturur.

Hastalar klinik olarak bel ağrısı, radikülopati bulguları ve miyelopati ile başvururlar. Teşhiste MRI, BT Miyelografi ve direkt kemik grafileri kullanılabilir. Tedavi seçenekleri arasında, deksametazon, radyoterapi, seçilmiş hastalarda cerrahi ve kemoterapiyi içerir (43).

Spinal Kord basısı olan malignite hastalarında steroidlerin Spinal Kord ödemi azaltmak yoluyla, nörolojik kötüleşmeyi önledikleri gösterilmiştir. Ayrıca lenfoma ve multipl myelom gibi tümörler üzerine de onkolitik etkilidir (44).

2.3.6.2. Beyin Metastazı

Kanser nedeniyle ölen hastaların otopsi serilerinde %25 oranında beyin metastazı varlığı gösterilmiştir. Hastaların %15'inde beyin metastazı, %10'unda dural ve leptomeningeal metastazlar saptanmıştır.

Beyin metastazına en sık neden olan kanser %30 oranında akciğer kanseridir. Bu metastazlar, akciğer kanserinin erken evrelerinde ortaya çıkabilmektedir öyle ki çoğu zaman aynı anda tanı almaktadırlar. Akciğer kanseri dışında beyine sık metastaz yapan diğer kanser türleri, her biri %10 oranında olmak üzere böbrek kanseri, meme kanseri ve malign melanom olarak sıralanabilir. Santral sinir sistemine metastaz genellikle hematogen yayılımla olmaktadır ve bunların %80'i supratentoryal bölgedir. Tedavisiz bırakılan beyin metastazları progresif olarak bilinç durum

kötüleşmesi yaparak koma ve ölüme sebep olmaktadır. Ortalama sağ kalım süresi bu tip durumlarda 1 aydır.

Beyin metastazı olan hastalar, baş ağrısı ve bilinç durum değişikliği gibi global belirti ve bulgularla; hemiparezi, görme alanı defektleri, afazi gibi fokal belirti ve bulgularla veya %20 vakada nöbetle başvurabilirler.

Ayrııcı tanıda, metabolik ensefalopati, ilaç ilişkili ensefalopati, SSS enfeksiyonları, nutrisyonel eksiklikler (Wernike Ensefalopatisi gibi) ve serebrovasküler hastalıklar düşünülmelidir.

Tanıda, MR altın standarttır. Çeşitli nedenlerle MRI yapılamayan hastalarda BT görüntüleme ile kontrast madde vererek tanıya katkıda bulunulabilir. LP genelde gereksiz ve kontraendikedir.

Tedavide; deksametazon, antikonvülzan tedavi, radyoterapi tedavisi, cerrahi girişimler ve radyasyon ablasyonu veya kemoterapi düşünülebilir.

2.3.6.3. Serebrovasküler Hastalıklar

Kanser hastalarında, santral sinir sistemi lezyonları içerisinde, metastazlardan sonra en sık 2. durum olarak karşımıza iskemik strok ve kanamalar çıkmaktadır. Otopsi serilerinde %15 olarak gösterilmiştir. Serebrovasküler hastalıklar içerisinde serebral emboli, tromboz, kanamalar ve subdural hematom (43) en sık ortaya çıkan kanser ilişkili durumlardır

2.3.6.4. Kanserın Oküler Komplikasyonları

2.3.6.4.1. Göz ve Orbita Metastazları

Meme kanserinde göz ve orbita metastazı sıktır. Ayrıca akut lösemelinin hematojen yayılımı, melanom, sarkom, akciğer ve prostat kanserleri de diğer nedenler arasındadır. Hastalar, gözde ağrıdan, çift görmeden, görme alanı kaybından ve ekzoftalmustan şikayet ederek başvururlar. Oftalmoskop muayenesi, orbita ve çevre dokuların BT veya MR görüntülemesi tanıya yardımcıdır. Tedavide prednizolon ve orbitaya direkt radyoterapi seçenekler arasındadır.

2.3.6.4.2. Santral Retinal Ven Trombozu

Santral Ven Trombozu genellikle ileri yaşta görülmektedir. Glokom, Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, kan vizkozitesinin artması, bazen de plazma hücreli myeloma da veya yüksek hematokrit değeri predispozan olabilir. Genç yaşlarda seyrek, idiyoPATİK veya retina flebiti neden olabilir. Arter tıkanıklığına göre daha yavaş gelişen ağrısız görme kaybı olur.

2.3.6.4.2.1. Hipervizkozite Sendromu

En sık neden Waldenström makroglobülinemisi ve plazma hücreli miyeloma bağlı hiperviskosite sendromudur. Belirti ve bulgular arasında, ani gelişen ağrısız görme kaybı, konjunktivada sosis benzeri genişleme ve fundal venlerin varlığı görülebilir. Plazmaferez neden olan hiperviskosite tedavisinde kullanılır.

2.3.6.4.2.2. Retinal Arter Oklüzyonu

En sık neden ateroskleroz olmakla birlikte, atrial miksomal, bakteriyel olmayan endokardit ve kriyoglobülinemi diğer nedenler arasındadır. Ani başlayan ağrısız görme alanı kaybı en sık şikayettir. Bütün hastalar acil olarak Göz Hastalıkları Bölümü ile konsülte edilmelidir. Acil tedavi seçenekleri arasında, göz masajı, tolazolin uygulaması ve aköz sıvının aspirasyonu denenebilir.

2.3.6.4.2.3. Amaurosis Fugaks

Özellikle esansiyel trombositemi veya polisitemia vera gibi myeloproliferatif hastalıklara bağlı trombositoz (genellikle $>800,000/\mu\text{L}$) durumlarında ortaya çıkabilir. Tedavide Antiplatelet ajanlar (aspirin, 81–325 mg/gün) ve kemoterapi uygulanır. Ciddi vakalarda platelet hedefli plazmaferez uygulanabilir (43).

2.3.7. Renal Komplikasyonlar

Kanser hastalarının çoğunluğunda, hastalık döneminde ürolojik ve nefrolojik komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bu bozukluklar, kısmen primer malignitelere bağlı olabilir veya multimodal kanser tedavileri sonucu gelişebilir. Nefrotik sendromlu bir hastada immunosupresif tedavi öncesi malignite olasılığı değerlendirilmelidir.

Nefrotik sendromlu hastaların % 10'unda altta yatan hastalığın kanser, özellikle de Hodgkin lenfoma olduğu saptanmıştır. Hodgkin hastalığındaki böbrek patolojisi lipoid nefrosis şeklindedir. NonHodgkin lenfomalı hastalarda böbreklerde immünkompleks hastalığını düşündüren Ig depolanmaları görülmektedir. Pankreas kanserinde mukoprotein sekresyonuna bağlı intrarenal obstruksiyon, bazı leiomyomlu hastalarda nefrojenik Diabetes İnsipus görülmektedir.

2.3.7.1. Prerenal Yetmezlik

Prerenal yetmezliği olan tüm hastalarda, dolaşan etkin kan hacmindeki azalmaya bağlı olarak böbrek kan akımı azalmakta ve glomerüler filtrasyon hızında görece geri dönüşümlü azalma ortaya çıkmaktadır. Dolaşan etkin kan hacmindeki azalma, baro reseptör ilişkili uyarılarla Antidiüretik Hormonun (ADH) salınımını uyarmakta ve aynı zamanda böbrek kan akımındaki azalma renin salgısını artırarak anjiyotensin 2 (A2) ve aldosteron seviyelerini artırmaktadır. Bütün bu değişiklikler sonucu (azalan böbrek kan akımı, artmış ADH, A2 ve Aldosteron seviyeleri) süzülen idrar miktarında azalma ve süzülen idrarın konsantrasyonunda artış, görece az miktarda sodyum ve fazlaca potasyum içermesi gibi değişiklikler ortaya çıkmaktadır.

Prerenal yetmezliğin nedenleri arasında, hipovolemi (azalmış alım, ishal, kusma veya kan kaybına bağlı artmış sıvı kaybı, nefrojenik diyabetes insipitus gibi nedenler ve osmotik diüretikler ve hipoalbuminemi vb.) ve intra veya ekstra vasküler şiftler (konjestif kalp yetmezliği, sepsis, şok gibi düşük kardiyak outputlu durumlar, renal arter tıkanıklığı, hepato renal sendrom ve siklosporin, takrolimus gibi kanser ilaçları) ana mekanizmalar olarak sayılabilir.

Tanıda, ortostatik değişiklikler, kollabe boyun venleri, dehidratasyon bulguları (ciltte kuruluk, muköz membranlarda kuruluk, azalmış deri turgoru) yardımcıdır.

Tedavide ana hedefler, altta yatan nedenin düzeltilmesi ve dolaşan etkin volümün sağlanmasına yönelik önlemleri içerir (45).

2.3.7.2. Obstrüktif Üropatiye Bağlı Renal Yetmezlik

Patogenezinde temel olarak iki duruma bağlı obstrüksiyon mekanizmaları ön plana çıkar:

a-Üreter obstrüksiyonu: Mesane veya toplayıcı sistem kanserleri; özellikle serviks kanseri başta olmak üzere uterin tümörler; lenfoma, sarkomlar, metastatik tümörler gibi retroperitoneal tümörler; nadiren böbreğin kendi maligniteleri ve retroperitoneal fibrozis, karsinoid tümörler ve metastazlar gibi nedenler sayılabilir.

b- Üretranın çıkış obstrüksiyonu: Prostatın, üretranın, serviksin, overlerin, mesanenin ve endometriumun primer kanserleri; akciğer, GİS, meme ve pelvik organların kanserlerinin metastazları etiyolojide araştırılmalıdır.

Tanıda; semptomlar (genellikle yoktur veya sinsidir, anüri yüksek oranda düşündürmelidir), fizik muayene bulguları (suprapubik kitle, mesanede dolgunluk vb.), işeme sonrası mesanede rezidü idrar kalması, USG (hidronefroz bulgularını gösterebilir) ve sistoskopi yardımcıdır.

Tedavi, nedene yönelik yapılmalıdır. Ana amaç obstrüksiyonun ortadan kaldırılarak idrar akımının sağlanmasıdır. Tümöre bağlı obstrüksiyonlarda, perkütan kateterler, stentler, sistemik kemoterapi, yüksek doz pelvik radyasyon tedavisi gibi yöntemler kullanılmaktadır (45).

2.3.7.3. İntrinsik Renal Yetmezlik

Radyo kontrast uygulamasına, malignitenin indirekt etkilerine (hiperkalsemi, Bence Jones proteinlerine bağlı miyelom böbreği gibi) veya tedaviye bağlı komplikasyonlarla ortaya çıkabilir. Akut renal yetmezlik her ne kadar genelde geçici olsa da altta yatan neden akut tübüler nekroz ise kalıcı hasarlar meydana gelecektir. Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar akut renal yetmezlik nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu kemoterapötikler arasında; Metotreksat, Sisplatin (genelde geri dönüşümsüz hasar bırakır), Karboplatin (özellikle yüksek dozlarda), Siklosporin (interstisyel fibrozis), Takrolimus, İfosamid (özellikle Siklofosamidle beraber kullanıldığında), Suramin ve Pentostatin sayılabilir.

Tedavide ana hedef, böbrek kan akımını arttırarak böbrek fonksiyonlarını korumaya yönelik ve nefrotoksik ajanlardan kaçınmak şeklinde olmalıdır (45).

2.3.8. Ortopedik Komplikasyonlar

2.3.8.1. Patolojik Kırıklar

Patolojik kırık; Osteomalazi, enfeksiyon, tümör gibi bir nedenle zayıflamış olan kemiğin, normal kemiği kıracak kuvvetten daha küçük bir etki ile kırılmasıdır.

İskelet sistemi genelde kanser metastazlarından sıklıkla etkilenir ve çoğunlukla ekstremitelerin proksimal kısımlarıyla, kırmızı kemik iliği sıklıkla tutulur. Patolojik kırıklı hastalar, kanser hikayelerine ek olarak kemik ağrısıyla başvururlar. Tanıda ilk seçenek direkt grafilerle ilgili ekstremitenin görüntülemesidir. Bilgisayarlı Tomografi, kemiğin üç boyutlu durumunu değerlendirmek amacıyla; MR görüntüleme ise yumuşak doku ve kemik iliği tutulumlarını göstermek amacıyla istenebilir.

Tedavide hedefler; ağrının giderilmesi, fonksiyonu korumaya yönelik ambulatuvar önlemler ve kırığın immobilizasyonudur. Nörolojik defisiti olanlar, kalça veya femur kırıkları, hemodinamik olarak stabil olmayan hastalar hastaneye yatırılarak izlenir (46).

2.3.9. Ağrı

Kanser hastaları acil servislere sıklıkla ağrı şikayetiyle başvururlar. Ağrı tüm kanserli hastalarda %60 oranında, çok karşılaşılan bir sorundur. İleri evre hastalarinsa tamamına yakınında görülmektedir. Kanserde ağrı akut ve kronik olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkar. Asıl önemli sorun kronik ağrıdır.

Kanserde ağrı etiyolojisi:

Sıklık:

1-Tümöre bağlı nedenler:

a-Kemik metastazları (kemik ağrıları) %70

b-Yumuşak doku ve sinir sistemi infiltrasyonu (nöropatik ağrı)

c-Organ metastazları	
2-Kanser tedavisi ile ilgili ağrı	%20
a-Cerrahi tedaviye veya invaziv tanısal girişimlere bağlı ağrı (akut ve kronik ağrı)	
b-Radyoterapi sonrası ağrı (akut-mastalji, kronik pleksopati, osteonekroz)	
c-Kemoterapiye bağlı ağrı (nöropati, aseptik nekroz, peptik ülser)	
3-Diğer nedenler	%10
a-Enfeksiyon (sellülit, abse)	
b-İntestinal obstrüksiyon	
c-Yatak yaraları	
d-Paraneoplastik sendromlar	
e-Postherpetik nevralji	

Acil serviste etkin ağrı kontrolünün sağlanmasının önündeki engeller; bilgi eksikliği, kanser hastalarının bağımlılık potansiyelinin yüksek olması ile ilgili önyargılar ve taburculuk sonrası komplikasyon gelişme olasılığıdır. Dikkatli bir değerlendirme sonrası sağlanacak etkin analjezi, kanser hastalarının acil servisteki değerlendirilmelerinin en önemli basamaklarından biridir (47).

2.3.10. Paraneoplastik Sendromlar

Tümörler, primer tümör bölgesinde ve rejional ya da uzak metastaz bölgesinde tümöral kitlenin invazyonu ve obstrüksiyonu sonucu çeşitli semptom ve bulgular oluştururlar. Bu sırada, tümörler primer tümör ve metastazlarından farklı yerlerde de çeşitli semptom ve bulgular oluşturabilirler. Bunlara Paraneoplastik **Sendrom** ya da malignitenin uzak etkisi (**Remote Effect**) denir.

Kısaca paraneoplastik sendromlar, tümörden salgılanan protein, polipeptid hormon ve enzim yapıdaki maddelerle hedef organlarda ortaya çıkan semptom ve

bulgulardır. Paraneoplastik sendromlar sıklıkla altta yatan malignitenin klinik seyri ile paralellik gösterir.

Paraneoplastik sendromlar, tümör belirlenmeden aylar ya da bazen yıllar öncesinden ortaya çıkarak malignitenin ilk semptom ve/veya bulgusu olabilir. Sıklıkla tümörün uygun tedavi ile ortadan kaldırılmasına bağlı olarak, paraneoplastik sendroma ait klinik bulgu ve semptomlarda düzelir (48).

Araştırmacılara, sosyo-ekonomik sınıflandırmada, kategorileri temsil eden bireylerin profilleri ile ilgili somut bir fikir vermesi amacıyla, her bir sosyo-ekonomik statününün ayrı tanımı şu şekilde verilebilir:

2.3.11. Sosyoekonomik Statü Profilleri

Eylül-Kasım 2005 tarihleri arasında Türkiye nüfusunu temsil eden 26 ilin kent ve kırsalında 8500 hanede yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılan araştırma ile aşağıdaki şekilde sosyo-ekonomik statü profilleri belirlendi.

A'İyi eğitilmiş üst düzey yöneticiler ve profesyoneller': İyi eğitilmiş, üst düzeyden orta kademeye kadar, geniş personelden sorumlu yöneticiler; iyi eğitilmiş bağımsız ya da kendi hesabına çalışan profesyonel meslek sahipleri.

B'Orta Kademe Yöneticileri': İyi eğitilmiş orta kademe yöneticileri veya biraz daha az eğitilmiş ve daha az personelden sorumlu üst düzey yöneticileri

C1'İyi eğitilmiş bedensel olmayan işlerde çalışan memurlar, vasıflı işçiler ve iş sahipleri': küçük ve orta boylu işletmelerin orta kademe yöneticileri; iyi eğitilmiş, bedensel olmayan işlerde çalışan memurlar, süpervizörler/vasıflı kol ve beden işçileri ve küçük ticaret sahipleri, az eğitilmiş yöneticiler;

C2'Vasıflı İşçiler ve bedensel olmayan işlerde çalışan memurlar': daha iyi eğitilmiş süpervizörler / vasıflı kol işçileri; iyi eğitilmiş bedensel olmayan işlerde çalışan işçiler, küçük işletme sahipleri;

D'Vasıflı ve vasıfsız el-beden işçileri ve az eğitilmiş bedensel olmayan yönetim pozisyonlarında çalışanlar': daha az eğitilmiş süpervizörler / vasıflı ve vasıfsız el-beden işçileri ve az eğitilmiş bedensel olmayan işlerde çalışan işçiler; az eğitilmiş üst /orta kademe yöneticileri ya da daha küçük işletme sahipleri;

E'Daha az iyi eğitilmiş vasıflı ve vasıfsız el-beden işçileri, küçük işletme sahipleri ile çiftçiler/balıkçılar:

E1 kapsamına esasen az eğitilmiş süpervizörler / vasıflı el-beden işçileri ve daha iyi eğitilmiş vasıfsız işçiler ile oldukça az eğitilmiş ofis dışı bedensel olmayan işlere bakan memurlar ve küçük işletme sahipleri;

E2 kapsamına esasen çok az eğitilmiş süpervizörler / vasıflı el-beden işçileri ve küçük işletme sahiplerine ek olarak yine çok az eğitilmiş ofis dışı bedensel olmayan işlere bakan memurlar girer;

E3 kapsamına az eğitilmiş vasıfsız el-beden işçileri ile çiftçiler/balıkçılar.

Günlük araştırmalara kolaylık sağlaması amacıyla yukarıda sıralanan 8 ayrı sosyal statü daha basit 4 kategoriye indirgenebilir:

AB'yöneticiler ve profesyonel meslek sahipleri'

C1'iyi eğitilmiş bedensel olmayan işlerde çalışan vasıflı işçiler'

C2'vasıflı işçiler ve bedensel olmayan işlere bakan memurlar

DE'vasıfsız kol-beden işçileri ile diğer daha az eğitilmiş işçiler/memurlar'

(49).

3. MATERTEL ve METOD

Çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi (SDÜTF) Hastanesi Acil Servisi'ne 01.01.2011/30.06.2011 tarihleri arasında (6 aylık dönemde) başvuran, ankete yanıt vermek isteyen 18 yaş üstü tüm kanser hastaları dahil edilerek yapılmıştır. Malignite tanısı almış hastaların demografik özellikleri, sosyoekonomik statüleri ve acile başvuru şikayetleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için 15 sorudan oluşan anket formu düzenlenmiştir (EK: SDÜTF Acil Servise başvuran maligniteli hastaların değerlendirilmesi ile ilgili form)

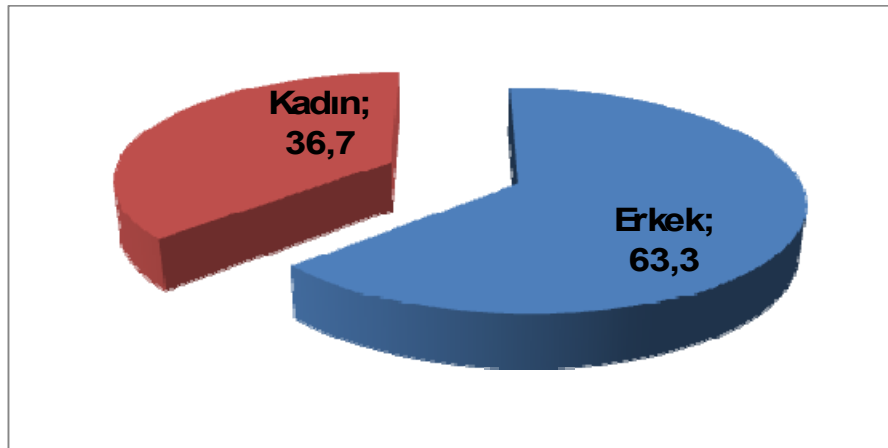
Çalışmamızın verileri Statistical Package for Social Scienses (SPSS) 17,0 ve Open Stat 11,9 yazılımları kullanıldı. Gruplar arası yüzdelerik değerlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı ve $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı 6 aylık dönemde Acil servise başvuran 8444 hastadan 120 tane malignite tanısı almış hastanın 76'sı (%63,3) erkek, 44'ü (36,7) kadın idi (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma grubunun cinsiyet göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Erkek	76	63,3
Kadın	44	36,7
Toplam	120	100,0

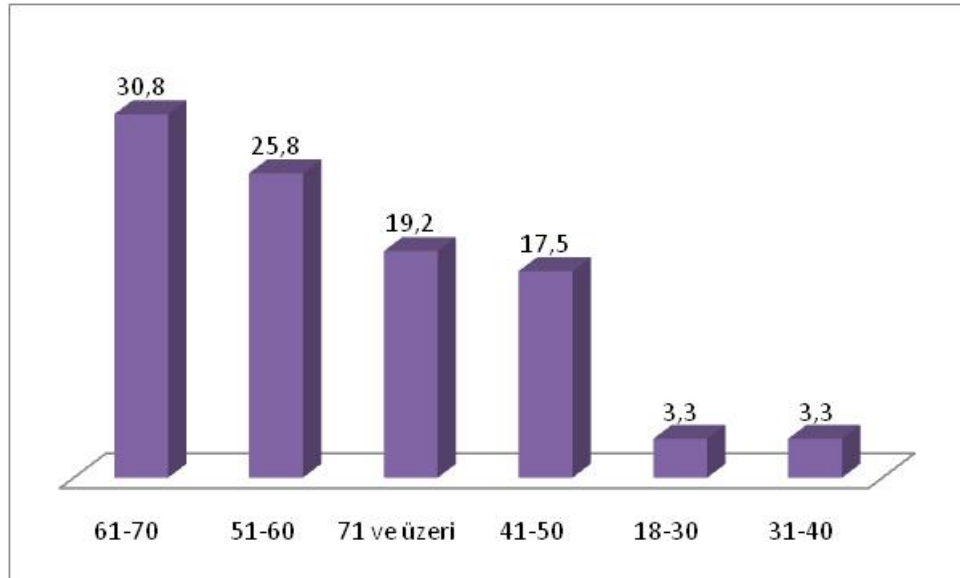


Şekil 1. Araştırma grubunun cinsiyete göre yüzde dağılımı

Hastalarımızın yaş ortalaması $59,47 \pm 13,13$ olup; başvuranların 37'si (%30,8) 61–70 yaş, 31'i (%25,8) 51–60 yaş, 23'ü (%19,2) 71 yaş ve üzeri, 21'i (%17,5) 41–50 yaş, 4'er kişi (%3,3'er) 18 –30 yaş ve 31–40 yaş gruplarında olmak üzere çoğunluğu 61–70 yaş grubu oluşturuyordu (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
61-70	37	30,8
51-60	31	25,8
71 ve üzeri	23	19,2
41-50	21	17,5
18-30	4	3,3
31-40	4	3,3
Toplam	120	100,0

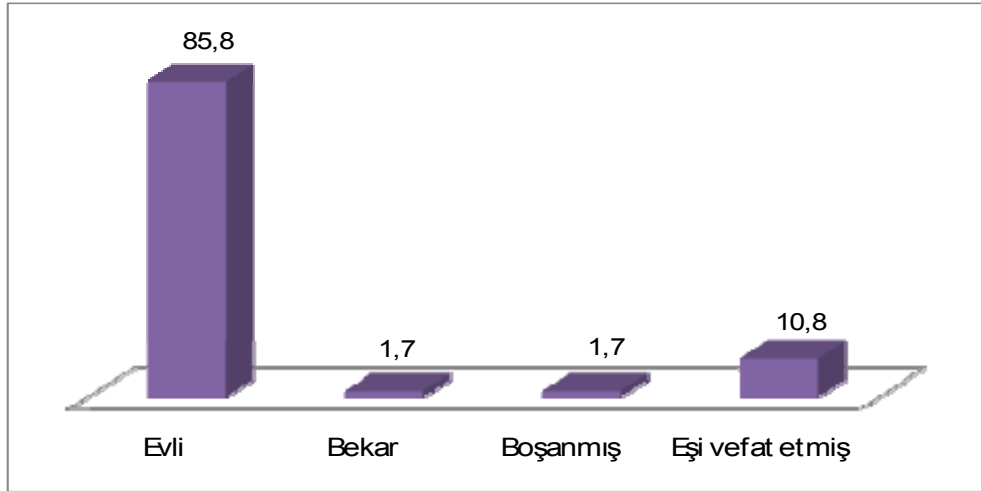


Şekil 2. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre yüzde dağılımı

Hastaların 103'nün (%85,8) medeni durumu evli olarak saptandı. 13 kişinin eşinin vefat ettiği, 2'ser kişinin bekar ve boşanmış olduğu görüldü. Acile başvuran maligniteli hastaların çoğunun yaşlı, erkek, evli ve ilkokul mezunu olduğu bulundu (Tablo 1,2,3,4).

Tablo 3. Araştırma grubunun medeni durumuna göre dağılımı

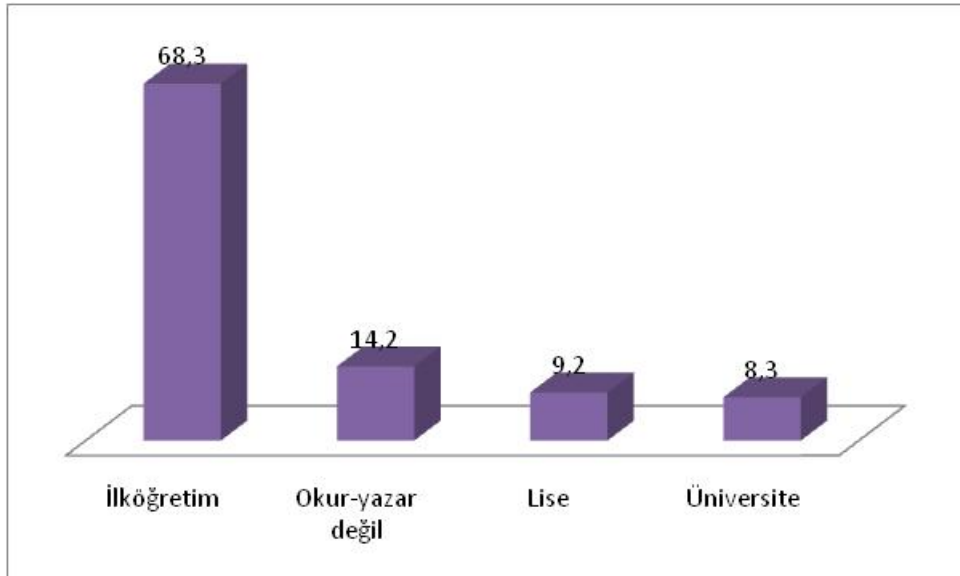
	Sayı	Yüzde
Evli	103	85,8
Eşi vefat etmiş	13	10,8
Bekâr	2	1,7
Boşanmış	2	1,7
Toplam	120	100,0



Şekil 3. Araştırma grubunun medeni durumuna göre yüzde dağılımı

Tablo 4. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
İlköğretim	82	68,3
Okur-yazar değil	17	14,2
Lise	11	9,2
Üniversite	10	8,3
Toplam	120	100,0

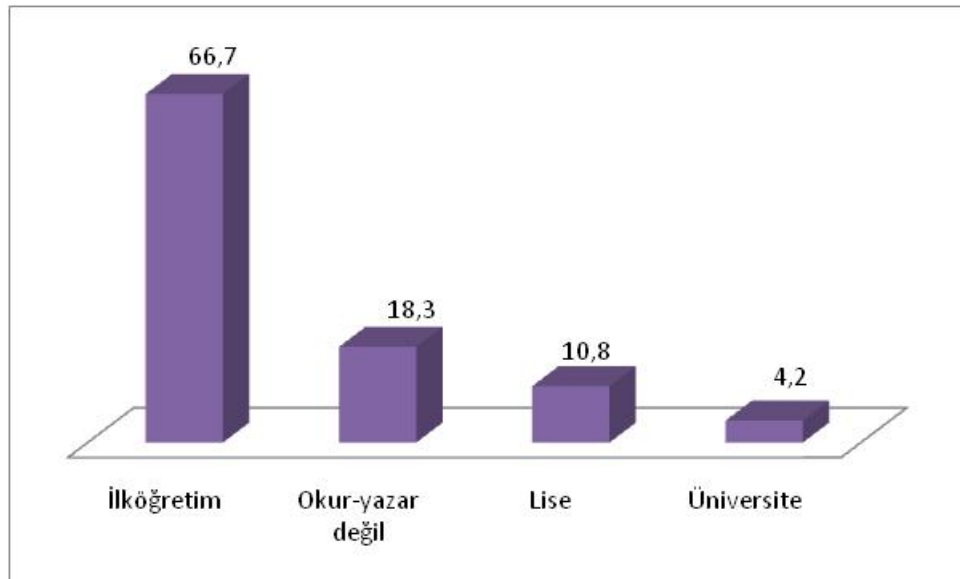


Şekil 4. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre yüzde dağılımı

Çalışmaya katılan 82'i hastanın (%68,3) kendisi, 80 (%66,7) kişinin de eş eğitim düzeyi ilköğretim mezunuydu. Çalışma grubunun ve eş eğitim düzeyleri oranının birbirine yakın olması kişilerin aynı kültürel düzeydekilerle evli olduğu sonucunu çıkardık (Tablo 4,5).

Tablo 5. Araştırma grubunun eş eğitim durumuna göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
İlköğretim	80	66,7
Okur-yazar değil	22	18,3
Lise	13	10,8
Üniversite	5	4,2
Toplam	120	100,0

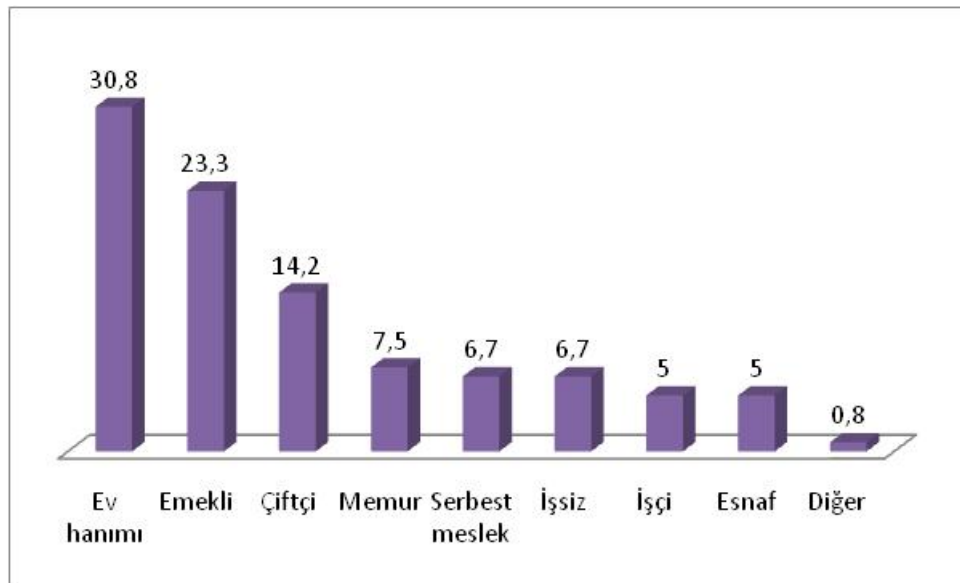


Şekil 5. Araştırma grubunun eş eğitim durumuna göre yüzde dağılımı

Çalışmaya katılan 120 hastanın 37'sinin (%30,8) ev hanımı, 8'inin (%6,7) işsiz olduğu, diğer 75 hastanın (%72,5) bir mesleği ve bunun 28'inin (%23,3) emekli olduğu bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırma grubunun meslek gruplarına göre dağılımı

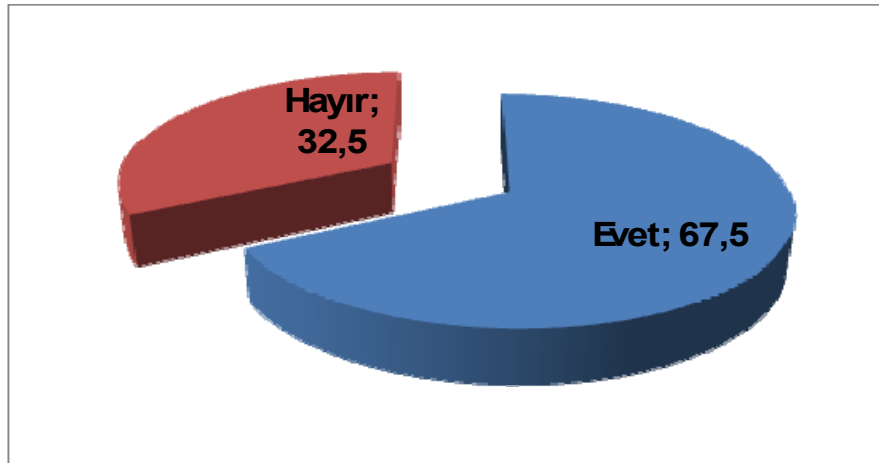
	Sayı	Yüzde
Ev hanımı	37	30,8
Emekli	28	23,3
Çiftçi	17	14,2
Memur	9	7,5
Serbest meslek	8	6,7
İşsiz	8	6,7
İşçi	6	5,0
Esnaf	6	5,0
Diğer	1	0,8
Toplam	120	100,0

**Şekil 6.** Araştırma grubunun meslek gruplarına göre yüzde dağılımı

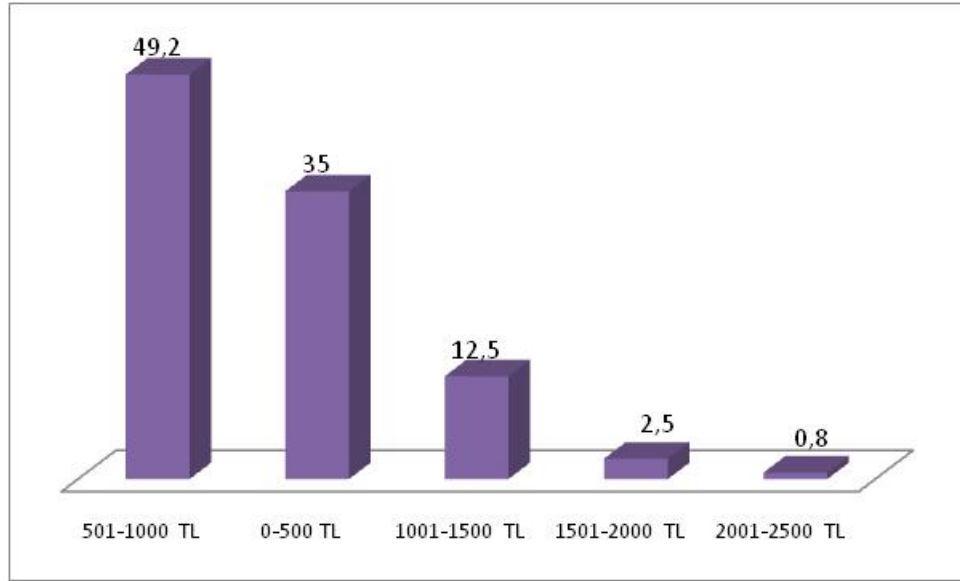
Çalışmamızda 120 kişinin %67,5'unda düzenli gelirinin olduğu, %32,5'unda olmadığı bulundu. Hastaların %35'inde 0-500TL, %49,2'inde 500-1000TL gelir düzeyinin olduğu, hastaların % 30'un da da hane gelirinin 0-500, % 49,2'inde 500-1000 TL idi. Bu geliri hasta ve yakınları %57,5 düşük, %42,5 orta gelir düzeyi olarak algıladığı bulundu (Tablo 7,8,9,10).

Tablo 7. Araştırma grubunun düzenli gelir olma durumuna göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evet	81	67,5
Hayır	39	32,5
Toplam	120	100,0

**Şekil 7.** Araştırma grubunun düzenli gelirin olma durumuna göre yüzde dağılımı**Tablo 8.** Araştırma grubunun kişisel aylık gelire göre dağılımı

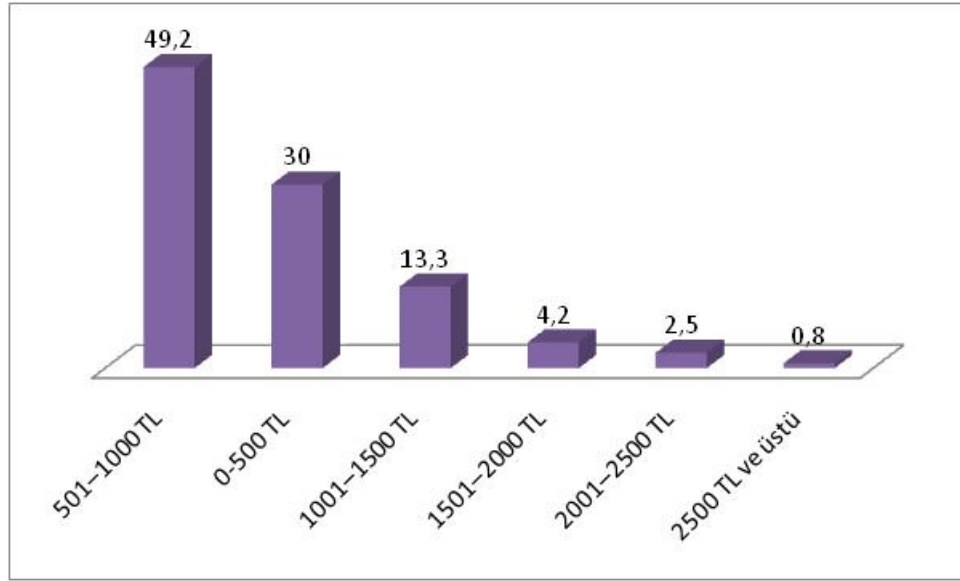
	Sayı	Yüzde
501-1000 TL	59	49,2
0-500 TL	42	35,0
1001-1500 TL	15	12,5
1501-2000 TL	3	2,5
2001-2500 TL	1	0,8
Toplam	120	100,0



Şekil 8. Araştırma grubunun kişisel aylık gelire göre dağılımı

Tablo 9. Araştırma grubunun hane aylık gelirine göre dağılımı

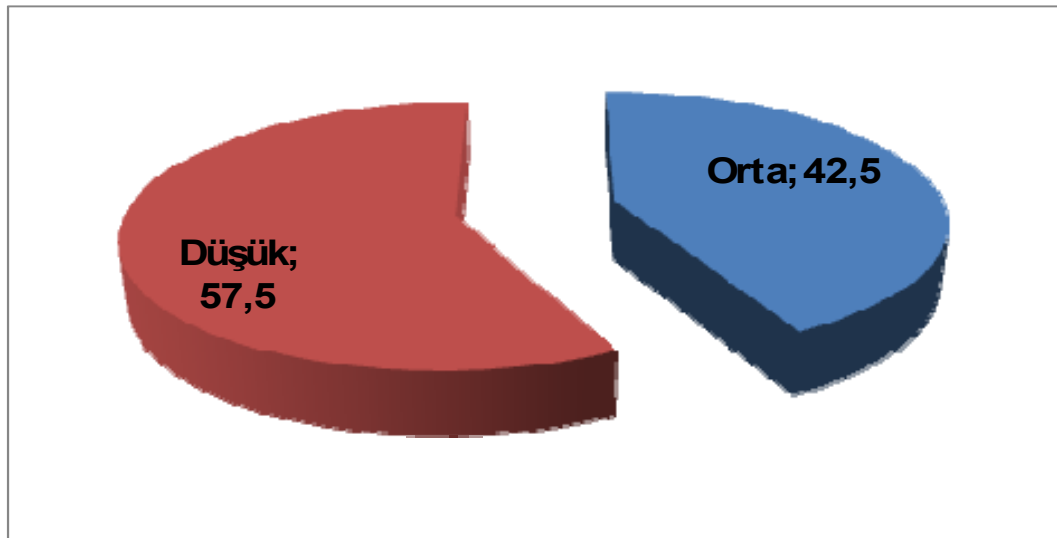
	Sayı	Yüzde
501–1000 TL	59	49,2
0-500 TL	36	30,0
1001–1500 TL	16	13,3
1501–2000 TL	5	4,2
2001–2500 TL	3	2,5
2500 TL ve üstü	1	0,8
Toplam	120	100,0



Şekil 9. Araştırma grubunun hane aylık gelire göre yüzde dağılımı

Tablo 10. Araştırma grubunun gelir düzeyi algısına göre dağılımı

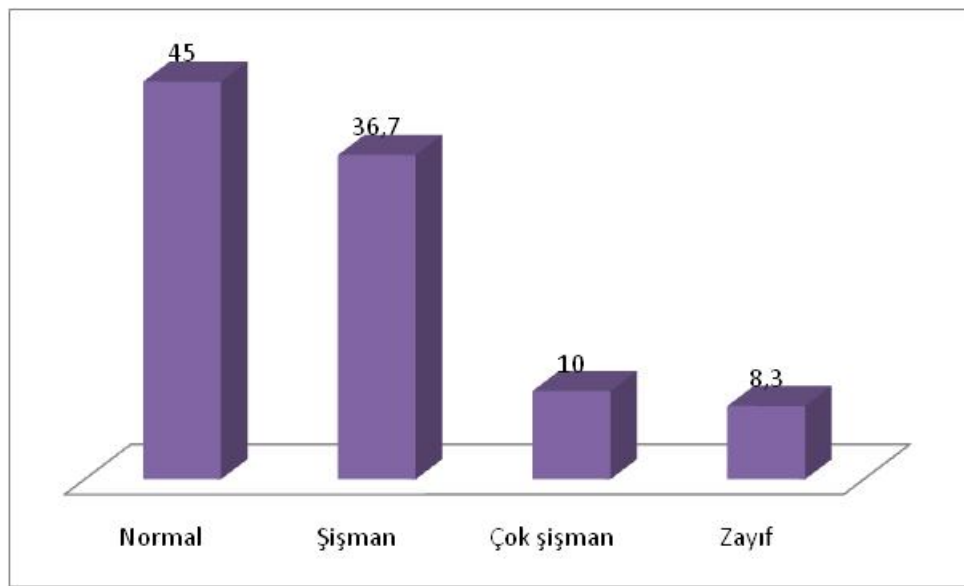
	Sayı	Yüzde
Düşük	69	57,5
Orta	51	42,5
Toplam	120	100,0



Şekil 10. Araştırma grubunun gelir düzeyi algısına göre yüzde dağılımı

Tablo 11. Araştırma grubunun BMI'e göre dağılım

	Sayı	Yüzde
Normal	54	45,0
Şişman	44	36,7
Çok şişman	12	10,0
Zayıf	10	8,3
Toplam	120	100,0

**Şekil 11.** Araştırma grubunun BMI'e göre dağılım

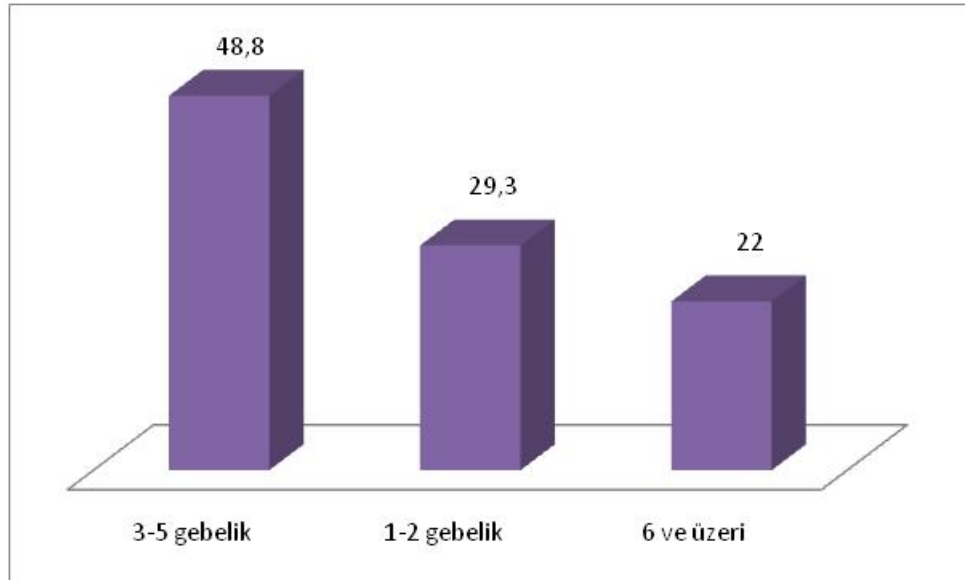
BMI'e göre 18,5 altı zayıf, 18,5–24,9 arası normal, 25–29,9 arası şişman, 30,1–36,4 arası çok şişman olarak kabul edildi. Hasta grubumuzda 54 kişinin (%45) normal, 44 kişinin (%36,7) şişman, 12 kişinin çok şişman (%12), 10 kişinin (%10) zayıf boy –kilo indeksine sahip olduğu bulundu (Tablo11, Şekil 11).

Tablo 12. Araştırma grubundaki kadınların gebelik sayısına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
3-5 gebelik	20	48,8
1-2 gebelik	12	29,3
6 ve üzeri	9	22,0
Toplam	41	100,0
Veri Yok	79	
Genel toplam	120	

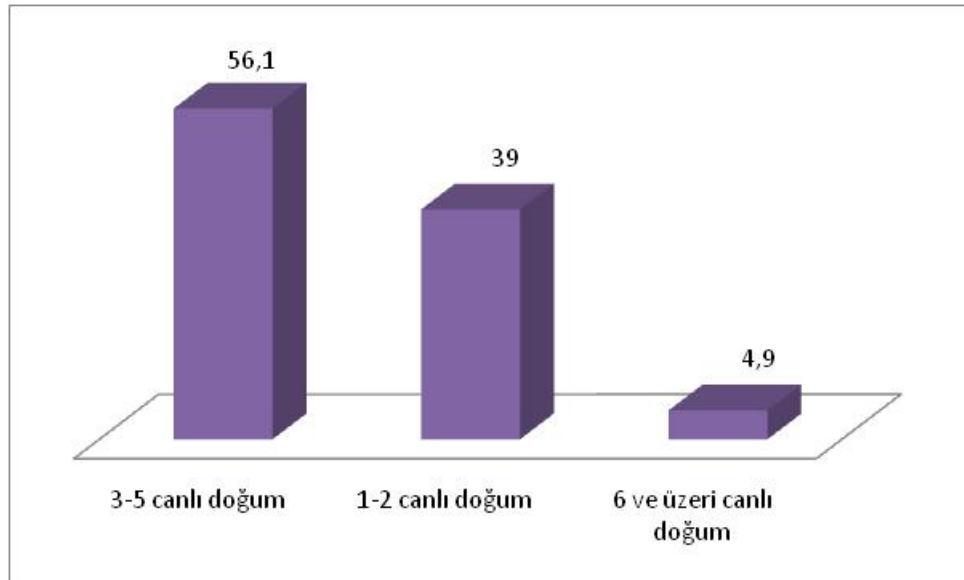
Çalışma grubumuzdaki 41 kadın hastadan 20 kişi (%48,8) 3-5 arası gebelik sayısına, 12 kişi (%29,3) 1-2 arası gebelik sayısına , 9 kişi (%22) 6 ve üzeri, gebelik sayısına sahip olduğu bulundu (Tablo12, Şekil 12).

Kadın hasta grubunda 23 kişinin (%56,1) 3-5 arası canlı doğum, 16 kişinin (%39,0) 1-2 arası canlı doğum, 2 kişinin (%4,9) 6 ve üzeri canlı doğum dağılımına sahip olduğu bulundu. Hastaların gebelik sayısı ortalaması $4 \pm 1,94$ idi (Tablo13, Şekil 13).

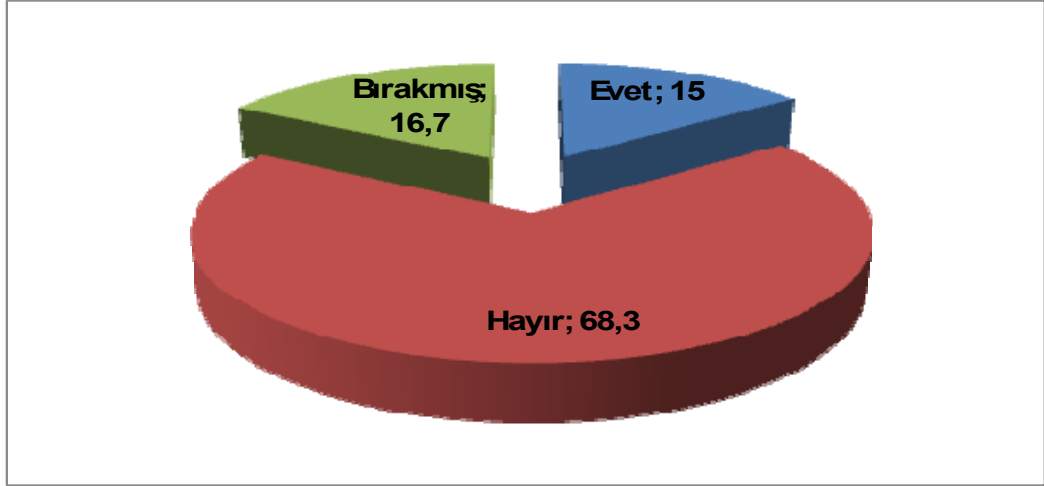
**Şekil 12.** Araştırma grubundaki kadınların gebelik sayısına göre yüzde dağılımı

Tablo 13. Araştırma grubundaki kadınların canlı doğum sayısına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
3-5 canlı doğum	23	56,1
1-2 canlı doğum	16	39,0
6 ve üzeri canlı doğum	2	4,9
Toplam	41	100,0
Veri yok	79	
Genel toplam	120	

**Şekil 13.** Araştırma grubundaki kadınların canlı doğum sayısına göre yüzde dağılımı**Tablo 14.** Araştırma grubunun sigara kullanma durumuna göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Hayır	82	68,3
Bırakmış	20	16,7
Evet	18	15,0
Toplam	120	100,0

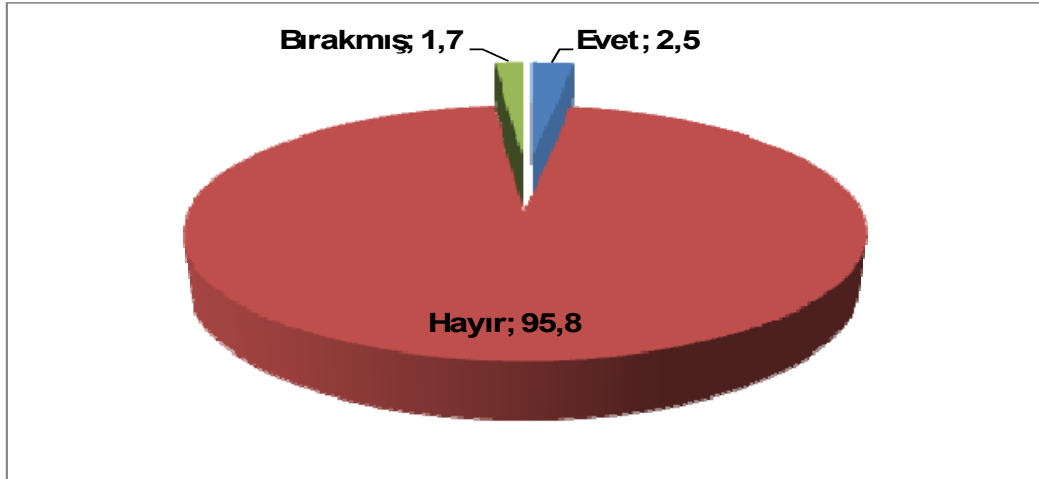


Şekil 14. Araştırma grubunun sigara kullanma durumuna göre yüzde dağılımı

Anket formunu yanıtlamayı kabul eden 120 hastanın 82'si (%68,3) sigara kullanmayan, 18'i (%15,0) sigara kullanan, 20'si (%16,7) sigarayı bırakmış kişilerden oluşuyordu (Tablo 14, Şekil 14). Ayrıca bu hasta popülasyonunda 103 kişi (%95,8) alkol kullanmayan, 3 kişi (%2,5) alkol kullanan, 2 kişi (1,7) alkölü bırakmış olduğu bulundu (Tablo 15, Şekil 15).

Tablo 15. Araştırma grubunun alkol kullanma durumuna göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Hayır	115	95,8
Evet	3	2,5
Bırakmış	2	1,7
Toplam	120	100,0

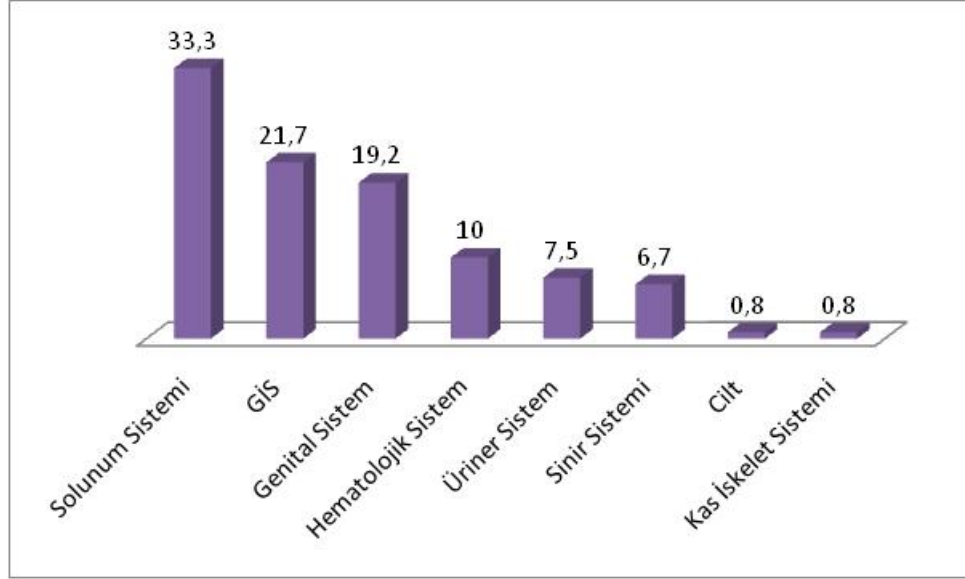


Şekil 15. Araştırma grubunun alkol kullanma durumuna göre yüzde dağılımı

Çalışmamıza katılan 120 hastadan 40 kişide (%33,3) solunum sistemi, 26 kişide (%21,7) gastrointestinal sistem, 23 kişide (%19,2) genital sistem, 12 kişide (%10,0) hematolojik sistem, 8 kişide (%6,7) sinir sistemi, 9 kişide (%7,5) üriner sistem, 1 kişide (%0,8) cilt, 1 kişide (%0,8) kas –iskelet sistemi malignitesi tanısının olduğu bulunuldu (Tablo16, Şekil 16).

Tablo 16. Araştırma grubunun kanser türüne göre dağılımı

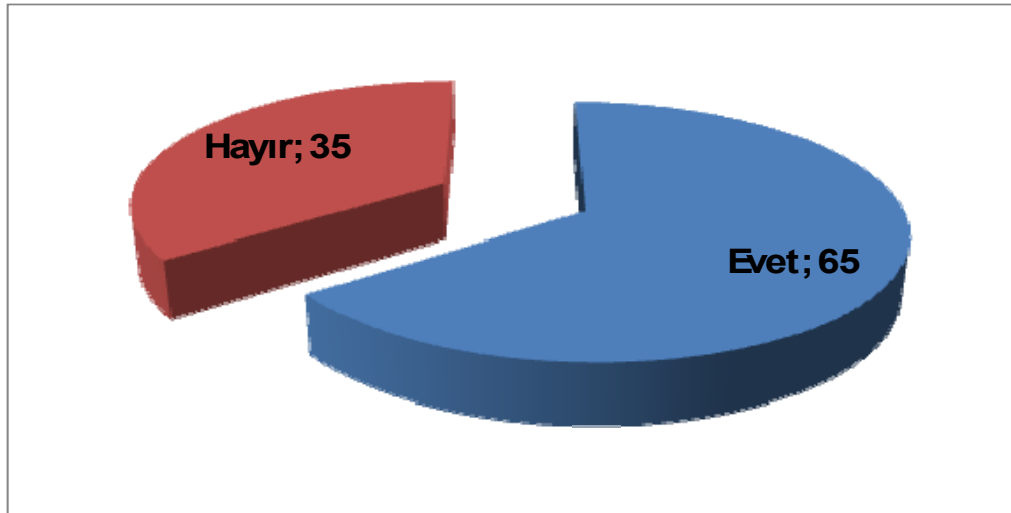
	Sayı	Yüzde
Solunum Sistemi	40	33,3
GİS	26	21,7
Genital Sistem	23	19,2
Hematolojik Sistem	12	10,0
Üriner Sistem	9	7,5
Sinir Sistemi	8	6,7
Cilt	1	0,8
Kas İskelet Sistemi	1	0,8
Toplam	120	100,0



Şekil 16. Araştırma grubunun kanser türüne göre yüzde dağılımı

Tablo 17. Araştırma grubunun kanseri bilme durumuna göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evet	78	65,0
Hayır	42	35,0
Toplam	120	100,0



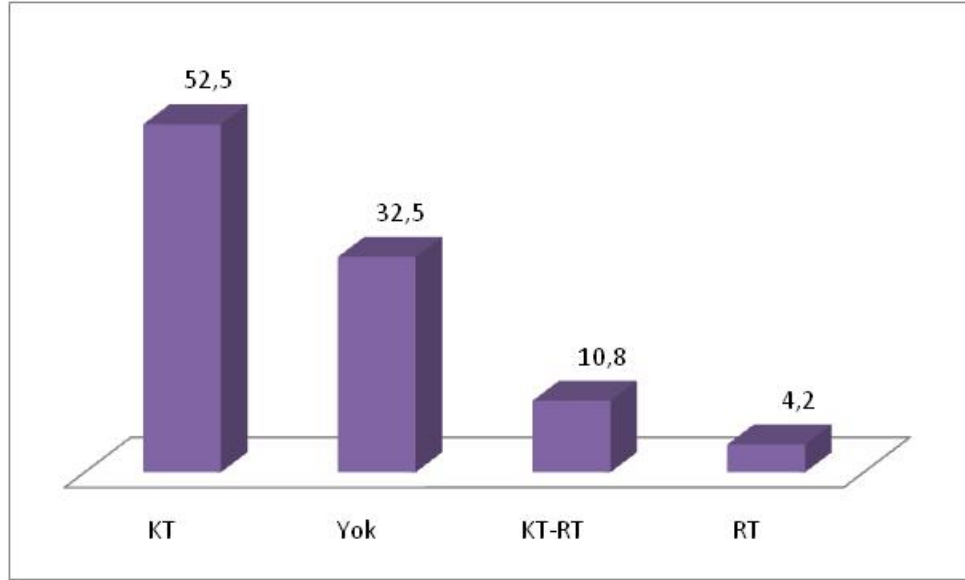
Şekil 17. Araştırma grubunun kanseri bilme durumuna göre yüzde dağılımı

Ankete yanıt veren maligniteli 120 hastadan 78 kişinin (%65,0) kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu, 42 kişinin (% 35,0) ise bilgi sahibi olmadığı bulundu (Tablo17, Şekil 17).

Tablo 18. Araştırma grubunun kanser tedavi şekline göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
KT	63	52,5
Yok	39	32,5
KT-RT	13	10,8
RT	5	4,2
Toplam	120	100,0

Hastalarımızdan 63 kişiye (% 52,5) KT i, 5 kişiye (%4,2) RT i, 13 kişiye (%10,8) KT-RT tedavileri uygulanmakta olduğu, hastaların 39 'unda belirli tedavi şekli olmadığı bulundu (Tablo18, Şekil 18).



Şekil 18. Araştırma grubunun kanser tedavi şekline göre yüzde dağılımı

Geriye kalan 80 hastada (%66,7) ise kanser tanısı öncesi ek hastalığa sahip olmadığı bulundu (Tablo 20). Kanser öncesi ek hastalık tanısı olanlardan 16 kişide (%13,3) kardiyovasküler hastalıklar, 7 (%5,8) kişide endokrinolojik-kardiyovasküler, 5'er (%4,2) kişide endokrinolojik ve solunum sistemi hastalıkları, 3 kişide (%2,5) kardiyovasküler –infeksiyöz, 3 kişide (%2,5) genitouriner, 2 kişide (%1,7) nörolojik, 1 kişide (%0,8) endokrinolojik-kardiyovasküler-solunum, 1 kişide (%0,08) periferik

sinir sistemi, 1 kişide (%0,8) solunum-kardiyovasküler, 1 kişide (%0,08) kas-iskelet, 1 kişide (%0,8) endokrinolojik - solunum, 2 kişide (%1,7) kas iskelet - kardiyovasküler, 1 kişide (%0,8) endokrinolojik-kardiyovasküler-solunum, 1 kişide (%0,8) endokrinolojik-kardiyovasküler-genitoüriner, 1 kişide (%0,8) endokrinolojik-genitoüriner sistem hastalıklarını içerdiği bulundu (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırma grubunun kanser dışında ek hastalıklara göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Kardiyovaskuler	16	32,0
Endokrinolojik, Kardiyovaskuler	7	14,0
Solunum	5	10,0
Endokrinolojik	5	10,0
Genito üriner	3	6,0
Kardiyovaskuler, Enfeksiyoz	3	6,0
Nörolojik	2	4,0
Periferik sinir sistemi	1	2,0
Solunum, Kardiyovaskuler	1	2,0
Kas iskelet	1	2,0
Endokrinolojik, solunum	1	2,0
Kas iskelet, Kardiyovaskuler	1	2,0
Endokrinolojik, Kardiyovaskuler,solunum	1	2,0
Endokrinolojik, Kardiyovaskuler,Genito üriner	1	2,0
Kardiyovaskuler, Genito üriner	1	2,0
Kardiyovaskuler, kas iskelet	1	2,0
Toplam	50	100,0
Veri yok	70	
Toplam	120	

Ankete cevap veren 120'i hastadan 50 kişinin (%41,7) kanser dışı bir ek hastalığa sahip olduğu bulundu. Geri kalan 70 kişide (%58,3) herhangi bir hastalık mevcut değildi. Ek hastalığa sahip 50 hastadan 40 kişi (%33,3) kanser tanısı öncesi bu hastalığa sahipti (Tablo 20).

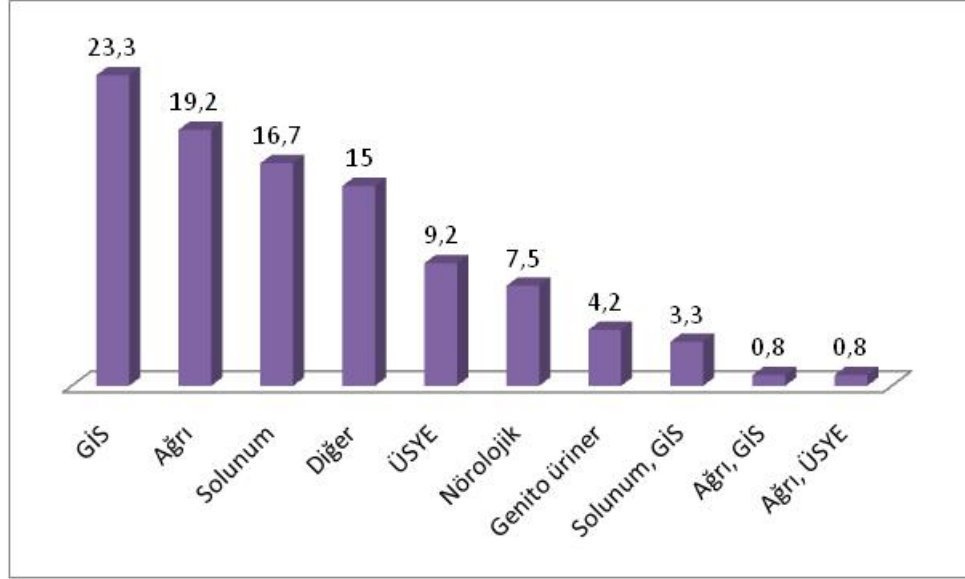
Tablo 20. Araştırma grubunun ek hastalığının kanser tanısından önce var olma durumuna göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Hayır	80	66,7
Evet	40	33,3
Toplam	120	100,0

Çalışmaya katılan hastalardan 28 kişinin (%23,3) GİS şikayetleri, 20 kişinin (% 16,7) solunum sistemi, 23 kişinin (%19,2) ağrı, 11 kişinin (% 9,2) ÜSYE, 9 kişinin (% 7,5) nörolojik, 5 kişinin (%4,2) genitoüriner, 4 kişinin (%3,3) solunum-GİS, 1 kişinin (%0,8) ağrı-GİS, 1 kişinin ağrı-ÜSYE, 18 kişi diğer şikayetlerle acile başvurduğu bulundu (Tablo 21, Şekil 19). Bu başvurulardan 61 kişinin (% 50,8) şikayetlerinin başlamasından itibaren 1 ile 7. günde (en fazla olmak üzere sırasıyla), 35 kişinin (%39) ilk 24 saatte, 7 kişinin (%5,8) 8-14'üncü günde, 5 kişinin 15–30'uncu günde ve 8 kişinin (%6,7) 1 ay üzeri oluşturduğu bulundu (Tablo 22, Şekil 20).

Tablo 21. Araştırma grubunun acile başvuru şikayetine göre dağılımı

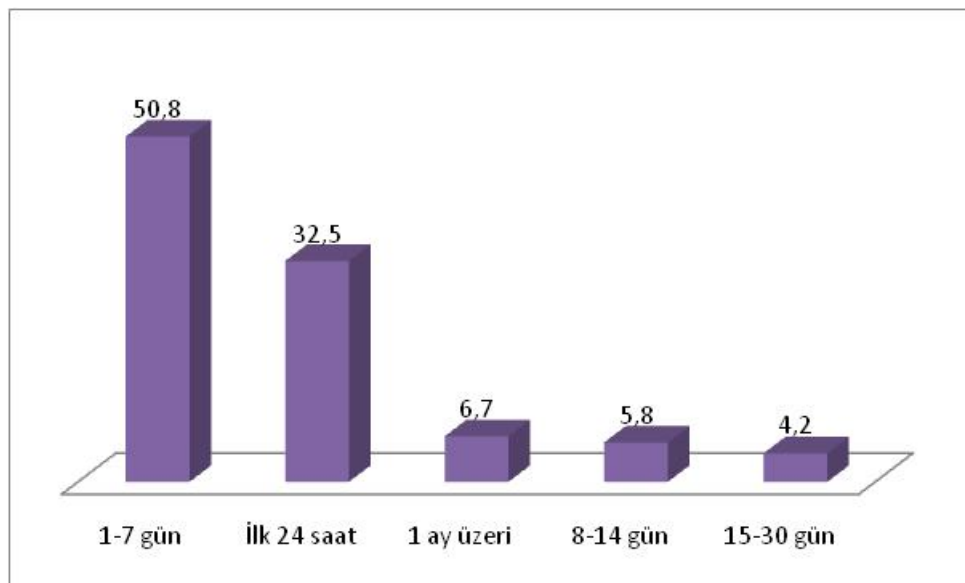
	Sayı	Yüzde
GİS	28	23,3
Ağrı	23	19,2
Solunum	20	16,7
Diğer	18	15,0
ÜSYE	11	9,2
Nörolojik	9	7,5
Genito üriner	5	4,2
Solunum, GİS	4	3,3
Ağrı, GİS	1	0,8
Ağrı, ÜSYE	1	0,8
Toplam	120	100,0



Şekil 19. Araştırma grubunun acile başvuru şikâyetine göre yüzde dağılımı

Tablo 22. Araştırma grubunun şikâyetin süresine göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
1-7 gün	61	50,8
İlk 24 saat	39	32,5
1 ay üzeri	8	6,7
8-14 gün	7	5,8
15-30 gün	5	4,2
Toplam	120	100,0

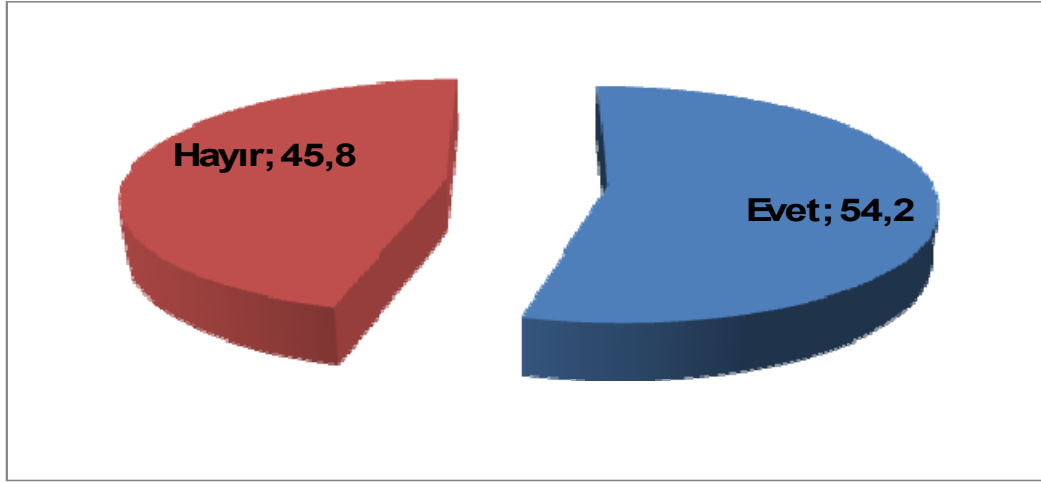


Şekil 20. Araştırma grubunun acile başvuru şikâyetinin süresine göre yüzde dağılımı

Acile başvuran ve anketi yanıtlayan 120 hastanın 65 kişisinde (% 54,2) daha önceden benzer şikayetlerinin olduğu, 55 kişi de (%45,8) ise şikayetlerin ilk kez olduğu (Tablo 23, Şekil 21), çalışmaya katılan hastalardan 50 (%41,7) kişinin daha önce benzer şikayetlerle acile başvurduğu 70 kişinin (%58,3) ise başvurmadığı bulundu (Tablo 24, Şekil 22).

Tablo 23. Araştırma grubunun daha önceden benzer şikayetlerin olma durumuna göre dağılımı

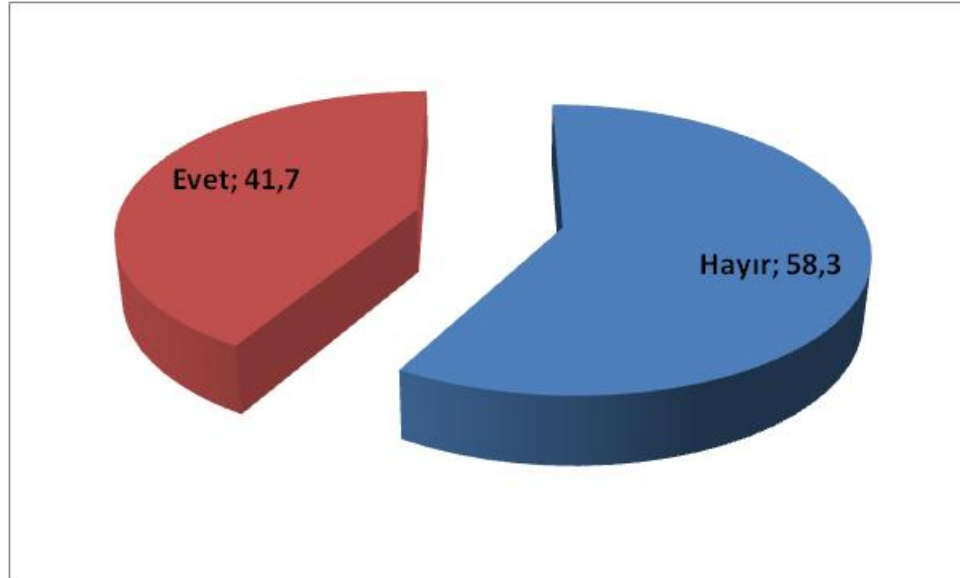
	Sayı	Yüzde
Evet	65	54,2
Hayır	55	45,8
Toplam	120	100,0



Şekil 21. Araştırma grubunun daha önceden benzer şikâyetlerin olma durumuna göre yüzde dağılımı

Tablo 24. Araştırma grubunun daha önceden benzer şikayetler olduğunda acil servise başvurma durumuna göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Hayır	70	58,3
Evet	50	41,7
Toplam	120	100,0



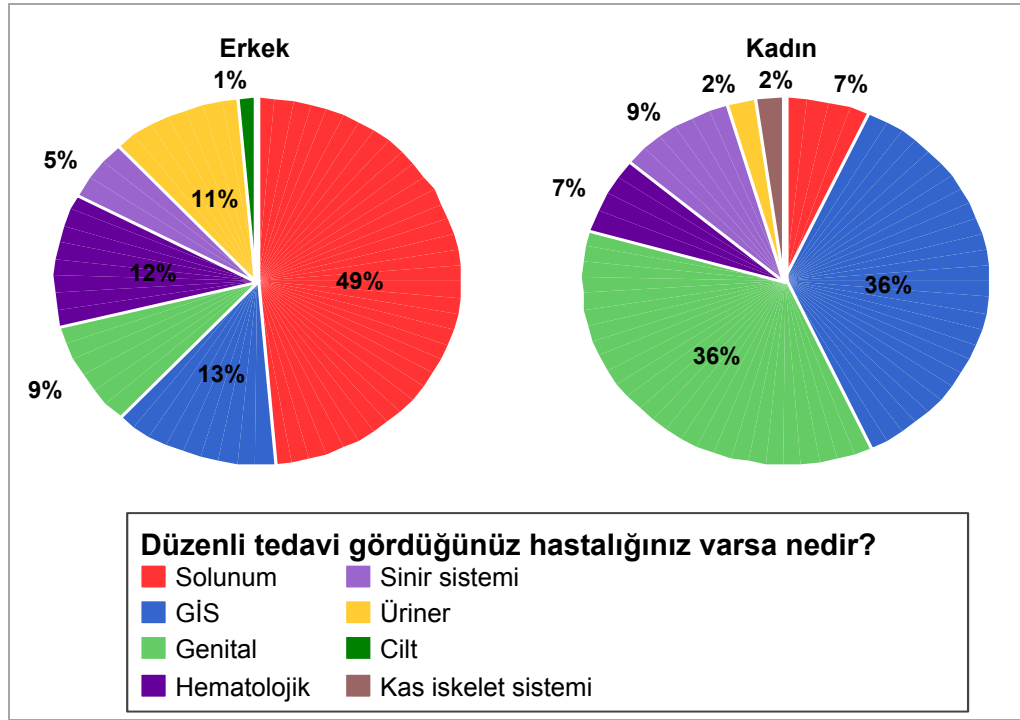
Şekil 22. Araştırma grubunun daha önceden benzer şikâyetler olduğunda acil servise başvurmasına göre yüzde dağılım

Tablo 25. Araştırma grubunun cinsiyete göre kanser türü

Cinsiyet		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P
Erkek	Sayı	37	10	7	9	4	8	1	0	76	0,000
	Yüzde	%48,7	%13,2	%9,2	%11,8	%5,3	%10,5	%1,3	%0	%100,0	
Kadın	Sayı	3	16	16	3	4	1	0	1	44	
	Yüzde	%6,8	%36,4	%36,4	%6,8	%9,1	%2,3	%0	%2,3	%100,0	
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120	
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	10,0%	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 38,452										
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser hastalıklarının sistemlere göre dağılımı cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklıydı. (P<0,05)										

Ankete yanıt veren 120 hastanın daha önce belirtildiği üzere 44 kişinin kadın, 76 kişinin erkek hastadan oluştuğu bulundu. Düzenli tedavi gördüğü kanser hastalığı erkeklerde 37 kişi (% 48,7) ile solunum sistemi, kadınlarda 16'şar kişi ile (toplam 32 hasta) GİS ve genital sistem malignitesinin oluşturduğu bulundu. Cinsiyete göre kanser arasında anlamlı fark olduğu P<0.05 bulunarak saptandı. Erkek hastalarda sırasıyla 10 kişi (%13,2) GİS, 9 kişi (%11,8) hematolojik, 8 kişi (%10,5) üriner

sistem, 7 kişi (% 9,2) genital, 4 kişi (% 5,3) sinir sistemi, 1 kişi (%1,3) cilt kanseri içermekteydi. Kadınlarda birinci sırada yer alan GİS ve genital sistem den sonra sırasıyla 4 kişi (%9,1) sinir sistemi, 3'er kişi (% 6,8) solunum ve hematolojik, 1'er kişide üriner ve kas-iskelet sistemi malignite tanısına sahip olduğu bulundu (Tablo 25, Şekil 23).



Şekil 23. Araştırma grubunun cinsiyete göre kanser türü yüzde dağılımı

Çalışmamıza katılan düzenli tedavi gören kanser hastalarından solunum sistemi tutulumu 61–70 yaş arasında 13 kişi (%35,1) ile en fazla olmak üzere, sırasıyla 51–60 yaşta 10 kişi (%25) ,41–50 yaşta 9 kişi, 71 ve üzeri 8 kişiden (%20) oluştuğu, GİS malignitesine 61–70 yaşta 10 kişi (%38,5), 71 ve üzeri 6 kişi (%23,1), 51–60 yaşta 5 kişi (%19,2), 41–50 yaşta 3 kişi (%11,2) sahip olduğu bulundu. GÜS malignitesi 41–50 ve 51–60 yaşlarda 7'şer (%30,4) kişi, 61–70 de 6 kişi (%26,1), 71 ve üzeri 3 kişi (%13,0) idi. Hematolojik malignitelerde 18–30 1 kişi (8,3), 31–40 2 kişi (%16,7), 51–60 2 kişi (%16,7), 71 ve üzeri yaşlarda 2 kişiden (%16,7) oluştuğu bulunuldu. Sinir sisteminde 18–30 yaşta 1 kişi (%12,5) ,31–40 yaşta 1 kişi (12,5), 51–60 yaşta 5 kişi (%62,5), 71 ve üzeri yaşta 1 kişi (%12,5) olduğu bulundu. Üriner sistemde 41–50 yaşta 2 kişi (%22,2), 51–60 yaşta 2 kişi (%22,2), 61–70 yaşta 5 kişide (55,6) malignitesi olduğu, cilt maligniteleri 61–70

yaşta 1 kişi (%2,7), kas-iskelet sistemi 31–40 yaş arasında 1 (%10) kişi olduğu bulundu. Hastalardan 40 kişide (%33,3) solunum sistemi, 26 kişide (%21,7) GİS, 23 kişide (% 19,2) genital sistem, 12 kişide (%10,0) hematolojik sistem, 9 kişide (%7,5) üriner sistem, 8 kişide (%6,8) sinir sistemi, 1'er (%0,08) kişide cilt ve kas-iskelet sistemi malignitesine sahip olduğu bulundu (Tablo 26).

Tablo 26. Araştırma grubunun yaşa göre kanser türü

Yaş		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P	
18-30	Sayı	0	2	0	1	1	0	0	0	4	0,000	
	Yüzde	%0,0	%50,0	%0,0	%25,0	%25,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0		
31-40	Sayı	0	0	0	2	1	0	0	1	4		
	Yüzde	%0	%0	%0	%50,0	%25,0	%0	%0	%25,0	100,0%		
41-50	Sayı	9	3	7	0	0	2	0	0	21		
	Yüzde	%42,9	%14,3	%33,3	%0	%0	%9,5	%0	%0	%100,0		
51-60	Sayı	10	5	7	2	5	2	0	0	31		
	Yüzde	%32,3	%16,1	%22,6	%6,5	%16,1	%6,5	%0	%0	%100,0		
61-70	Sayı	13	10	6	2	0	5	1	0	37		
	Yüzde	%35,1	%27,0	%16,2	%5,4	%0	%13,5	%2,7	%0	%100,0		
71 ve üzeri	Sayı	8	6	3	5	1	0	0	0	23		
	Yüzde	%34,8	%26,1	%13,0	%21,7	%4,3	%0	%0	%0	%100,0		
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120		
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	%10,0	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	%100,		
Pearson ki-kare	X ² : 73,354											
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser hastalıklarının sistemlere göre dağılımı yaşa göre anlamlı düzeyde farklıydı. (P<0,05)											

Tablo 27. Araştırma grubunun medeni duruma göre kanser türü

Medeni durum		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P	
Evli	Sayı	37	20	20	9	6	9	1	1	103	0,653	
	Yüzde	%35,9	%19,4	%19,4	%8,7	%5,8	%8,7	%1,0	%1,0	%100,0		
Bekâr	Sayı	0	0	0	1	1	0	0	0	2		
	Yüzde	%0,0	%0,0	%0,0	%50,0	%50,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0		
Boşanmış	Sayı	1	1	0	0	0	0	0	0	2		
	Yüzde	%50,0	%50,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0		
Eşi vefat etmiş	Sayı	2	5	3	2	1	0	0	0	13		
	Yüzde	%15,4	%38,5	%23,1	%15,4	%7,7	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0		
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120		
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	%10,0	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	%100,0		
Pearson ki-kare	X ² : 17,931											
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser hastalıkları medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. (P> 0,05)											

Hasta grubumuzun 103 evli olan kısmında 37 kişinin (%35,9) solunum sistemi, 20 kişinin (%19,4) GİS, 20 kişinin (%19,4) genital, 9 kişinin hematolojik (%8,7), 9 kişinin üriner (%8,7), 6 kişinin (5,8) sinir sistemi, 1'er kişinin cilt ve kas-iskelet sistemi malignitesi olduğu; bekar 2 kişiden 1 kişide (%50) hematolojik, 1 kişide (%50) sinir sistemi, boşanmış olan hastaların 1 kişisinde (% 50) solunum sistemi, 1 kişide (%50) GİS malignitesi olduğu; eşi vefat etmişlerde 5 kişinin (%38,5) GİS, 3 kişinin (%23,1) genital, 2'şer kişinin (%15,4) solunum ve hematolojik, 1 kişide (%7,7) sinir sistemi malignitesi olduğu bulundu. Evli olanların %85,8'inde, bekarların %1,7'sinde, boşanmışlarda %1,7'sinde, eşi vefat etmişlerde % 10,8 oranında malignite mevcuttu. Bu tabloya göre evli olanlardan sonra en çok eşi vefat etmişlerde malignite görülme oranı yüksekti (Tablo 27).

Tablo 28. Araştırma grubunun eğitim durumuna göre kanser türü

Eğitim durumu		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P	
Okur-yazar değil	Sayı	4	5	4	2	1	1	0	0	17	0,373	
	Yüzde	%23,5	%29,4	%23,5	%11,8	%5,9	%5,9	%0,0	%0,0	%100,0		
İlköğretim	Sayı	32	17	15	5	5	6	1	1	82		
	Yüzde	%39,0	%20,7	%18,3	%6,1	%6,1	%7,3	%1,2	%1,2	%100,0		
Lise	Sayı	4	0	2	4	1	0	0	0	11		
	Yüzde	%36,4	%0,0	%18,2	%36,4	%9,1	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0		
Üniversite	Sayı	0	4	2	1	1	2	0	0	10		
	Yüzde	%0,0	%40,0	%20,0	%10,0	%10,0	%20,0	%0,0	%0,0	%100,0		
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120		
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	%10,0	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	%100,0		
Pearson ki-kare	X ² : 22,4											
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser türü eğitim duruma göre anlamlı farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)											

Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu olan 82 kişiden 32 kişinin solunum sistemi (%39,0) (solunum sistemi malignitesi olan toplam 40 kişiden 12 kişinin (%30) sigara içtiği, 13 kişinin (%32,5) ise sigarayı bıraktığı bulundu), 17 kişinin GİS (%20,7), 15 kişinin genital sistem (%18,3), 5 kişinin hematolojik sistem (%6,1), 5 kişinin sinir sistemi (%6,1), 6 kişinin üriner sistem (%7,3) cilt ve kas-iskelet sistem malignitelerine 1'er (%1,2) kişinin sahip olduğu bulundu. Lise mezunu olanlarda solunum sistemi kanseri 4 kişide (%36,4), 2 kişide genital sistem (%18,2), 4 kişide hematolojik sistem (%36,4), 1 kişide sinir sistemi (%9,1) maligniteli hastaya sahip olduğu, üniversite mezunu olan 10 kişiden 4 kişinin GİS (%40), 2 kişinin genital sistem (%20), 1 kişinin hematolojik sistem (%10), 1 kişinin sinir sistemi (%10), 2 kişinin üriner sistem malignitesi (%20) olan hastalardan oluştuğu, okur-yazar olmayan 17 kişiden 4 kişide solunum sistemi (%23,5), 5 kişide GİS (%29,4), 4 kişinin genital sistem (%23,5), 2 kişinin hematolojik sistem (%11,8), 1'er kişinin üriner ve sinir sistemi (%5,9) malignitesine sahip olduğu bulundu (Tablo 28). Hastalardan ilköğretim mezunlarında bütün sistemlere ait malignite olduğu, lise mezunlarında gastrointestinal sistem, sinir sistemi, cilt ve kas-iskelet sistemi malignitesinin, üniversite mezunlarında solunum sistemi, cilt, kas-iskelet sistemi

malignitesinin, okur-yazar olmayanlarda cilt ve kas-iskelet sistemi malignitesinin olmadığı araştırma grubunda bulundu.

Tablo 29. Araştırma grubunun mesleğe göre kanser türü

Meslek grupları		Solumum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P
Memur	Sayı	3	3	0	0	1	2	0	0	9	0,029
	Yüzde	%33,3	%33,3	%0,0	%0,0	%11,1	%22,2	%0,0	%0,0	%100,0	
Emekli	Sayı	9	6	5	2	1	5	0	0	28	
	Yüzde	%32,1	%21,4	%17,9	%7,1	%3,6	%17,9	%0,0	%0,0	%100,0	
İşçi	Sayı	4	0	0	1	0	1	0	0	6	
	Yüzde	%66,7	%0,0	%0,0	%16,7	%0,0	%16,7	%0,0	%0,0	%100,0	
Esnaf	Sayı	3	0	0	3	0	0	0	0	6	
	Yüzde	%50,0	%0,0	%0,0	%50,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0	
Serbest meslek	Sayı	3	2	2	1	0	0	0	0	8	
	Yüzde	%37,5	%25,0	%25,0	%12,5	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0	
Çiftçi	Sayı	11	2	1	1	1	0	1	0	17	
	Yüzde	%64,7	%11,8	%5,9	%5,9	%5,9	%0,0	%5,9	%0,0	%100,0	
İşsiz	Sayı	4	0	1	1	2	0	0	0	8	
	Yüzde	%50,0	%0,0	%12,5	%12,5	%25,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0	
Ev hanımı	Sayı	2	13	14	3	3	1	0	1	37	
	Yüzde	%5,4	%35,1	%37,8	%8,1	%8,1	%2,7	%0,0	%2,7	%100,0	
Diğer	Sayı	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Yüzde	%100,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0	
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120	
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	%10,0	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 77,684										
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser türü mesleğe göre anlamlı düzeyde farklıydı. (P< 0,05)										

Çalışmamıza katılan 120 hastadan mesleği memur olanlarda solunum ve GİS 3'er kişide (%33,3), sinir sistemi malignitesinin 1 kişide (%11,1), üriner sistem malignitesinin 2 kişide (%22,2) olduğu bulundu. Meslek grubu olarak memurlarda genital, hematolojik, cilt ve kas-iskelet sistemleri malignitesine rastlanmadı. Mesleği işçi olanlarda solunum sistemi malignitesi 4 kişide (% 66,7), hematolojik ve üriner sistem maligniteleri 1'er (%16,7) kişide bulundu. Mesleği işçi olanlarda GİS, genital, sinir sistemi, cilt ve kas-iskelet sistemi malignitesi saptanmadı. Esnaf olanlarda 3'er (%50) tane solunum ve hematolojik maligniteli hasta olduğu bulundu. GİS, genital,

sinir sistemi, üriner, cilt, kas-iskelet sistemi malignitesine mesleği esnaf olanlarda rastlanmadığı bulundu. Serbest meslek sahibi olanlarda solunum sistemi malignitesi 3 kişide (%37,5), gastrointestinal ve genital sistem maligniteleri 2'şer kişide (% 25), hematolojik sistem malignitenin 2 (%12,5) kişide olduğu bulundu. Serbest meslek sahibi olanlarda sinir, üriner, cilt ve kas-iskelet sistemi malignitelerine rastlanmadığı bulundu. Çiftçiler de solunum sistemi malignitesinin 11 kişide (%64,7), gastrointestinal sistem malignitesinin 2 kişide (%11,8), genital, hematolojik, sinir sistemi ve cilt 1'er (%5,9) kişide olduğu bulundu. Çiftçilerde üriner ve kas-iskelet sistemi malignitesi görülmediği bulundu. İşsiz olanlarda solunum sistemi malignitesinin 4 kişide (%50), genital ve hematolojik sistem malignitelerinin 1'er kişi de (%12,5), sinir sistemi ait malignitelerin 2 kişide (%25) olduğu bulundu. İşsizler de gastrointestinal, üriner, cilt ve kas-iskelet sistemi malignitesine rastlanmadı. Ev hanımı olanlarda solunum sistemi malignitesi 2 kişide (%5,4), GİS malignitesi 13 kişide (%35,1), genital sistem malignitesi 14 kişide (%38,7), hematolojik ve üriner sistem maligniteleri 3'er kişide (% 8,1), sinir ve kas-iskelet sistemi maligniteleri 1'er kişide (%2,7) olduğu bulunuldu. Ev hanımlarında cilt kanserine rastlanmadı. Diğer meslek gruplarında sadece solunum sistemi malignitesine sahip 1 kişi olduğu bulunuldu (Tablo 29).

Tablo 30. Araştırma grubunun gelir düzeyi algısına göre kanser türü

Gelir düzeyi algısı		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P
Orta	Sayı	13	11	11	7	3	6	0	0	51	0,445
	Yüzde	%25,5	%21,6	%21,6	%13,7	%5,9	%11,8	%0,0	%0,0	%100,0	
Düşük	Sayı	27	15	12	5	5	3	1	1	69	
	Yüzde	%39,1	%21,7	%17,4	%7,2	%7,2	%4,3	%1,4	%1,4	%100,0	
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120	
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	%10,0	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 6,846										
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser türü gelir düzeyi algısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)										

Gelir düzeyine göre; orta düzeyde gelire sahip olan toplam 51 kişiden 13 kişinin (%25,5) solunum sistemi, 11 (%21,6) kişinin GİS ve 11 (%21,6) kişinin genital sistem; düşük gelir düzeyinde olan aynı şekilde 27 kişinin (%39,1) solunum

sistemi, 15 (%21,7) kişinin GİS, 12 (%17,4) kişinin genital sisteme ait en fazla görülen maligniteler olduğu bulundu (Tablo 30).

Tablo 31. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik sınıfa göre kanser türü

Sınıf		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P
Üst tabaka	Sayı	1	2	1	0	0	0	0	0	4	0,235
	Yüzde	%25,0	%50,0	%25,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0	
Orta üst tabaka	Sayı	0	0	2	1	0	2	0	0	5	
	Yüzde	%0,0	%0,0	%40,0	%20,0	%0,0	%40,0	0%	%0,0	%100,0	
Orta tabaka	Sayı	6	5	5	4	2	0	0	1	23	
	Yüzde	%26,1	%21,7	%21,7	%17,4	%8,7	%0,0	%0,0	%4,3	%100,0	
Orta alt tabaka	Sayı	17	13	12	5	4	7	1	0	59	
	Yüzde	%28,8	%22,0	%20,3	%8,5	%6,8	%11,9	%1,7	%0,0	%100,0	
Alt tabaka	Sayı	16	6	3	2	2	0	0	0	29	
	Yüzde	%55,2	%20,7	%10,3	%6,9	%6,9	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0	
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120	
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	%10,0	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 33,018										
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser türü sosyo-ekonomik sınıfa göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)										

Acile başvuran 120 hastanın sosyoekonomik statülerine bakıldığında; 4 kişinin üst tabaka, 5 kişinin orta üst tabaka, 23 kişinin orta tabaka, 59 kişinin orta alt tabaka, 29 kişinin alt tabaka sınıflamasına girdiği bulundu. En fazla malignite oranının orta alt tabakadaki 17 hasta, alt tabakadaki 16 hasta ile solunum sistemi malignitesinin olduğu; orta alt tabakadaki 13 hastanın gastrointestinal sistem (GİS), 12 hastanın genital sistem ile en sık görülen diğer maligniteler olduğu bulundu (Tablo 31).

Tablo 32. Araştırma grubunun gebelik sayısına göre kanser türü

Gebelik sayısı		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Kas iskelet sistemi	Toplam	P	
1-2 gebelik	Sayı	1	4	4	1	1	1	0	12	0,050	
	Yüzde	%8,3	%33,3	%33,3	%8,3	%8,3	%8,3	%0,0	%100,0		
3-5 gebelik	Sayı	1	8	9	0	2	0	0	20		
	Yüzde	%5,0	%40,0	%45,0	%0,0	%10,0	%0,0	%0,0	%100,0		
6 ve üzeri gebelik	Sayı	0	2	3	2	1	0	1	9		
	Yüzde	%0,0	%22,2	%33,3	%22,2	%11,1	%0,0	%11,1	%100,0		
Toplam	Sayı	2	14	16	3	4	1	1	41		
	Yüzde	%4,9	%34,1	%39,0	%7,3	%9,8	%2,4	%2,4	%100,0		
Pearson ki-kare	X ² : 11,897										
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser türü gebelik sayısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi .(P> 0,05)										

Çalışma grubumuzdaki hastaların 3-5 arası gebelik sayısına sahip olan 20 kişi ilk sırayı, 1-2 arası gebelik sayısı ile 12 kişi ikinci sırayı , 6 ve üzeri gebelik sayısı ise 9 kişi oluşuyordu. Gebelik sayısı 3-5 arası olan hastalarda en fazla genital sistemi malignitesi 9 kişide, GİS malignitesi ile en fazla 8 kişide, sırasıyla sinir sistemi malignitesi 2 kişide, solunum sistemi malignitesi 1 kişiden oluşuyordu. bu sonuçlara bakıldığında P> 0,05 olup kanser hastalıklarının gebelik sayısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulundu (Tablo 32).

Tablo 33. Araştırma grubunun canlı doğum sayısına göre kanser türü

Canlı doğum sayısı		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Kas iskelet sistemi	Toplam	P	
1-2 canlı doğum	Sayı	1	4	8	1	1	1	0	16	0,754	
	Yüzde	%6,3	%25,0	%50,0	%6,3	%6,3	%6,3	%0,0	%100,0		
3-5 canlı doğum	Sayı	1	9	8	2	2	0	1	23		
	Yüzde	%4,3	%39,1	%34,8	%8,7	%8,7	%0,0	%4,3	%100,0		
6 ve üzeri canlı doğum	Sayı	0	1	0	0	1	0	0	2		
	Yüzde	%0,0	%50,0	%0,0	%0,0	%50,0	%0,0	%0,0	%100,0		
Toplam	Sayı	2	14	16	3	4	1	1	41		
	Yüzde	%4,9	%34,1	%39,0	%7,3	%9,8	%2,4	%2,4	%100,0		
Pearson ki-kare	X ² : 8,384										
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser türü canlı doğum sayısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)										

Çalışmaya katılan kadın hasta grubumuzda canlı doğum sayısına göre tedavi görülen kanser hastalığına göre farklılık göstermediği p> 0,05 üzerinde olduğu görülerek bulundu (Tablo 33).

Tablo 34. Araştırma grubunun sigara içme durumuna göre kanser türü

Sigara kullanma durumu		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P
Evet	Sayı	12	1	3	1	1	0	0	0	18	0,008
	Yüzde	%66,7	%5,6	%16,7	%5,6	%5,6	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0	
Hayır	Sayı	15	22	20	9	6	8	1	1	82	
	Yüzde	%18,3	%26,8	%24,4	%11,0	%7,3	%9,8	%1,2	1,2%	%100,0	
Bırakmış	Sayı	13	3	0	2	1	1	0	0	20	
	Yüzde	%65,0	%15,0	%0,0	%10,0	%5,0	%5,0	%0,0	%0,0	%100,0	
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120	
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	%10,0	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 29,819										
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser türü sigara kullanma duruma göre anlamlı düzeyde farklıydı. (P< 0,05)										

Ankete cevap veren hastalardan sigara kullanan 12 kişi (%66,7), sigara bırakan 13 kişi (65), sigara içmeyen 15 (%18,3) kişi solunum sistemi; sigara içmeyen

22 kişi (%26,8), sigara içen 1 kişi (%5,6) ve sigarayı bırakmış 3 kişide (%15) GİS; sigara içmeyen 20 kişi (%24,4), sigara içenlerde 3 kişi (%16,7) genital; sigara içmeyen 9 kişi (%11),sigara içen 1 kişi (%5,6), sigarayı bırakan 2 kişi (%10) hematolojik; sigarayı bırakan 6 kişi (%7,3), sigara içen 1 kişi (%5,6), sigarayı bırakmış 1 kişi (%5) sinir sistemi; sigarayı içmeyen 8 kişi (%9,8), sigarayı bırakmış 1 kişi (%5) üriner sistem, sigarayı bırakan 1'er kişide (%1,2) cilt ve kas-iskelet sistemi malignitesi olduğu; bu sonuçlarla $P < 0,05$ olup kanser hastalıkları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 34).

Tablo 35. Araştırma grubunun alkol kullanma durumuna göre kanser türü

Alkol kullanma durumu		Solunum	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P	
Evet	Sayı	1	0	0	1	0	1	0	0	3	0,904	
	Yüzde	%33,3	%0,0	%0,0	%33,3	%0,0	%33,3	%0,0	%0,0	%100,0		
Hayır	Sayı	38	25	23	11	8	8	1	1	115		
	Yüzde	%33,0	%21,7	%20,0	%9,6	%7,0	%7,0	%0,9	%0,9	%100,0		
Bırakmış	Sayı	1	1	0	0	0	0	0	0	2		
	Yüzde	%50,0	%50,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0		
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120		
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	%10,0	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	%100,0		
Pearson ki-kare	$X^2: 7,715$											
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser türü alkol kullanma duruma göre anlamlı farklılık göstermemekteydi. ($P > 0,05$)											

Çalışmamıza katılan 120 kişiden 115 kişinin alkol kullanmadığı, 3 kişinin kullandığı, 2 kişinin bırakmış olduğu $P > 0,05$ olup; kanser hastalıklarının alkol kullanma durumuna göre farklılık göstermediği bulundu (Tablo 35).

Hasta grubumuzda 54 kişi (%45) normal, 44 kişi l(%36,7) şişman, 12 kişi (%10) çok şişman,10 kişi (%8,3) zayıf kilo-boy indeksine sahip olduğu bulundu (Tablo 36). Solunum sistemi malignitesi 21 kişide (38,9), gastrointestinal sistem (GİS) 14 kişide (%25,9), genital sistem 11 kişide (%20,4), üriner sistem 4 kişide (%7,4) normal boy-kilo indeksine sahip grupta en fazla görülen malignitelerdi. Çok şişman olan grupta 4 kişide (%33,3) üriner, 3 kişide (%25) genital sistem; zayıf olanlarda ise 3 kişi (%30) hematolojik, 1 kişide (%10) sinir sistemi maligniteleri olduğu bulundu (Tablo 36).

Tablo 36. Araştırma grubunun BMI' e göre kanser türü

Boy-kilo indeksi		Solumun	GİS	Genital	Hematolojik	Sinir sistemi	Üriner	Cilt	Kas iskelet sistemi	Toplam	P	
Zayıf	Sayı	6	0	0	3	1	0	0	0	10	0,000	
	Yüzde	%60,0	%0,0	%0,0	%30,0	%10,0	%0,0	%0,0	%0,0	%100,0		
Normal	Sayı	21	14	11	2	2	4	0	0	54		
	Yüzde	%38,9	%25,9	%20,4	%3,7	%3,7	%7,4	%0,0	%0,0	%100,0		
Şişman	Sayı	13	12	9	5	4	1	0	0	44		
	Yüzde	%29,5	%27,3	%20,5	%11,4	%9,1	%2,3	%0,0	%0,0	%100,0		
Çok şişman	Sayı	0	0	3	2	1	4	1	1	12		
	Yüzde	%0,0	%0,0	%025,0	%16,7	%8,3	%33,3	%8,3	%8,3	%100,0		
Toplam	Sayı	40	26	23	12	8	9	1	1	120		
	Yüzde	%33,3	%21,7	%19,2	%10,0	%6,7	%7,5	%0,8	%0,8	100,0%		
Pearson ki-kare	X ² : 53,991											
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser türü BMI' e göre anlamlı farklıydı. (P< 0,05)											

Tablo 37. Araştırma grubunun cinsiyete göre kanser olduğunu bilme durumuna göre dağılımı

Cinsiyet		Evet	Hayır	Toplam	P
Erkek	Sayı	53	23	76	0,153
	Yüzde	%69,7	%30,3	%100,0	
Kadın	Sayı	25	19	44	
	Yüzde	%56,8	%43,2	%100,0	
Toplam	Sayı	78	42	120	
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 2,044				
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanser olduğunu bilme durumunu cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)				

Ankete yanıt veren 120 hastanın 76'sı erkek, 44'ü kadındı. Erkek hastaların 53 kişi (% 69,7) düzenli tedavi gördüğü kanser hastalığı hakkında bilgi sahibiydi. Erkek hastalardan 23 kişinin (% 30,3) kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi değildi. Kadın hastalardan 25 kişinin (%56,8) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu, 19 kişinin (%43,2) ise hastalığını bilmediği bulundu (Tablo 37).

Tablo 38. Araştırma grubunun yaşa göre kanseri bilme durumuna göre dağılımı

Yaş		Evet	Hayır	Toplam	P
20-30	Sayı	1	3	4	0,418
	Yüzde	%25,0	%75,0	100,0%	
31-40	Sayı	3	1	4	
	Yüzde	%75,0	%25,0	%100,0	
41-50	Sayı	16	5	21	
	Yüzde	%76,2	%23,8	%100,0	
51-60	Sayı	20	11	31	
	Yüzde	%64,5	%35,5	%100,0	
61-70	Sayı	25	12	37	
	Yüzde	%67,6	%32,4	%100,0	
71 ve üzeri	Sayı	13	10	23	
	Yüzde	%56,5	%43,5	%100,0	
Toplam	Sayı	78	42	120	
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 4,982				
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu yaşa göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)				

Hastalığı hakkında bilgi sahibi olan 78 hastadan (%65) 25 kişi (%32,1) 61–70 yaş arasında, 51–60 yaş arası 20 kişi (% 25,6), 41–50 yaş arası 16 kişi (%20,5), 71 ve üzeri 13 kişi (%16,7), 31–40 yaş arası 3 kişi (% 3,8), 20–30 yaş arası 1 kişiden (% 1,3) oluştuğu; bu sonuçlarla P > 0,05 olup düzenli tedavi görülen kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu yaşa göre farklılık göstermez (Tablo 38).

Tablo 39. Araştırma grubunun medeni duruma göre kanseri bilme durumuna göre dağılımı

Medeni durum		Evet	Hayır	Toplam	P	
Evli	Sayı	69	34	103	0,153	
	Yüzde	%67,0	%33,0	%100,0		
Bekar	Sayı	1	1	2		
	Yüzde	%50,0	%50,0	%100,0		
Boşanmış	Sayı	2	0	2		
	Yüzde	%100,0	%0,0	%100,0		
Eşi vefat etmiş	Sayı	6	7	13		
	Yüzde	%46,2	%53,8	%100,0		
Toplam	Sayı	78	42	120		
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0		
Pearson ki-kare	X ² : 2,044					
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)					

Çalışmamıza katılan ve evli olan 103 hastanın 69 kişinin (%67,0) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu; bekar olan 2 hastadan 1 kişinin (%50,0), boşanmış olan 2 hastadan 2'sinde (%100), eşi vefat etmiş 13 hastadan 6 kişinin (%46,2) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu; $P > 0,05$ olup düzenli tedavi görülen kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu medeni duruma göre farklılık göstermediği bulundu (Tablo 39).

Tablo 40. Araştırma grubunun eğitim düzeyine göre kanseri bilme durumunun dağılımı

Eğitim durumu		Evet	Hayır	Toplam	P	
Okur-yazar değil	Sayı	11	6	17	0,401	
	Yüzde	%64,7	%35,3	%100,0		
İlköğretim	Sayı	50	32	82		
	Yüzde	%61,0	%39,0	%100,0		
Lise	Sayı	9	2	11		
	Yüzde	%81,8	%18,2	%100,0		
Üniversite	Sayı	8	2	10		
	Yüzde	%80,0	%20,0	%100,0		
Toplam	Sayı	78	42	120		
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0		
Pearson ki-kare	$X^2: 2,941$					
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemekteydi. ($P > 0,05$)					

Hasta grubumuzda eğitimine sahip 78 hastadan 50 (%61), lise mezunu olan 11 hastanın 9'u (%81,8), üniversite mezunu 10 hastanın 8'i (%80), okuryazar olmayan 17 hastanın 11'i (%64,7) hastalığı hakkında bilgi sahibiydi (Tablo 43). Hastaların eş eğitim durumu göre hastalığı hakkında bilgi sahibi olması hasta eğitim düzeyine göre bilgi sahibi olmanın eş değer yakınlıktaki yüzdelerde olduğu görüldü (Tablo 40).

Tablo 41. Araştırma grubunun eş eğitim düzeyine göre kanseri bilme durumunun dağılımı

Eş eğitim durumu		Evet	Hayır	Toplam	P	
Okumamış	Sayı	15	7	22	0,594	
	Yüzde	%68,2	%31,8	%100,0		
İlköğretim	Sayı	49	31	80		
	Yüzde	%61,3	%38,8	%100,0		
Lise	Sayı	10	3	13		
	Yüzde	%76,9	%23,1	%100,0		
Üniversite	Sayı	4	1	5		
	Yüzde	%80,0	%20,0	%100,0		
Toplam	Sayı	78	42	120		
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0		
Pearson ki-kare	X ² : 1,899					
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu eş eğitim durumuna göre farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)					

Çalışmamızda durumuna göre 120 hastadan eş eğitim durumu ilköğretim mezunu 49 kişinin (%61,3) tedavi gördüğü kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma ile en fazla sayıyı oluşturduğu, eş üniversite mezunu 5 kişiden 4 kişinin (%80,0) hastalığı hakkında bilgi sahibi olma ile en fazla oranı oluşturduğu bulundu. Acile başvuran hasta sayısını en fazla ilköğretim mezunu hasta grubu oluşturduğu bulundu. Bu sonuçlarla P> 0,05 olup düzenli tedavi görülen kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu eş eğitim durumuna göre farklılık göstermediği bulundu (Tablo 41).

Tablo 42. Araştırma grubunun mesleğe göre kanseri bilme durumunun dağılımı

Meslek grupları		Evet	Hayır	Toplam	P
Memur	Sayı	5	4	9	0,128
	Yüzde	%55,6	%44,4	%100,0	
Emekli	Sayı	23	5	28	
	Yüzde	%82,1	%17,9	%100,0	
İşçi	Sayı	5	1	6	
	Yüzde	%83,3	%16,7	%100,0	
Esnaf	Sayı	4	2	6	
	Yüzde	%66,7	%33,3	%100,0	
Serbest meslek	Sayı	7	1	8	
	Yüzde	%7,5	%2,5	%100,0	
Çiftçi	Sayı	10	7	17	
	Yüzde	%58,8	%41,2	%100,0	
İşsiz	Sayı	3	5	8	
	Yüzde	%37,5	%62,5	%100,0	
Ev hanımı	Sayı	21	16	37	
	Yüzde	%56,8	%43,2	%100,0	
Diğer	Sayı	0	1	1	
	Yüzde	%0,0	%100,0	%100,0	
Toplam	Sayı	78	42	120	
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 12,551				
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu mesleğe göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)				

Mesleğe göre bilgi sahibi olmanın 120 hastada 28 kişinin emekli hasta grubunda en fazla 23 kişinin (% 82,1), 37 ev hanımı hasta grubunda 21 kişinin (%56,8) hastalığı hakkında en fazla bilgi sahibi olan meslek grupları olduğu bulundu. İşsiz 8 kişiden 3 kişinin (% 37,5), diğer meslek gruplarından 1 kişiden 0 (%0) kişi hastalığı hakkında en az bilgi sahibi olan meslek grupları olduğu bulundu (Tablo 42).

Tablo 43. Araştırma grubunun düzenli gelire göre kanseri bilme durumunun dağılımı

Düzenli gelir		Evet	Hayır	Toplam	P	
Evet	Sayı	61	20	81	0,001	
	Yüzde	%75,3	%24,7	%100,0		
Hayır	Sayı	17	22	39		
	Yüzde	%43,6	%56,4	%100,0		
Toplam	Sayı	78	42	120		
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0		
Pearson ki-kare	X ² : 11,642					
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu düzenli gelire göre anlamlı düzeyde farklıydı.(P< 0,05)					

Düzenli geliri olan 81 hastadan 61 kişinin (%75,3), düzenli geliri olmayan 39 hastadan 17 kişinin (%43,6) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu bulundu (Tablo 43). Hane aylık geliri 501-1000TL olan en fazla hastanın bulunduğu 59 kişilik gruptan 40 kişinin (%67,8), 1 kişilik en az hasta sayısı ile 2500 ve üzeri geliri olan hasta grubu, hastalığı hakkında bilgi sahibi olan grupları oluşturduğu bulundu. Düzenli tedavi görülen kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu düzenli gelire göre farklılık gösterdiği bulundu (P <0,05) (Tablo 44).

Tablo 44. Araştırma grubunun aylık hane gelirine göre kanseri bilme durumunun dağılımı

Hane geliri		Evet	Hayır	Toplam	P
0,500 TL	Sayı	18	18	36	0,247
	Yüzde	%50,0	%50,0	%100,0	
501-1000 TL	Sayı	40	19	59	
	Yüzde	%67,8	%32,2	%100,0	
1001-1500 TL	Sayı	13	3	16	
	Yüzde	%81,3	%18,8	%100,0	
1501-2000 TL	Sayı	4	1	5	
	Yüzde	%80,0	%20,0	%100,0	
2001-2500 TL	Sayı	2	1	3	
	Yüzde	%66,7	%33,3	%100,0	
2500 TL ve üstü	Sayı	1	0	1	
	Yüzde	%100,0	%0,0	%100,0	
Toplam	Sayı	78	42	120	
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 6,657				
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların bilgi sahibi olma durumu aylık hane gelirine göre anlamlı farklılık göstermemekteydi. (P> 0,05)				

Çalışmamıza katılan 120 hastadan en fazla 501–1000 TL gelir sahibi 59 hastadan 40 kişinin (%67,8) hastalığı hakkında bilgi sahibi olan grubu oluşturduğu bulundu. İkinci sırada 36 kişiden 18 kişi (% 50,0) ile 0–500 TL gelir sahibi grup oluşturuyordu. Bu sonuçlarla $P>0,05$ olup düzenli tedavi görülen kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu aylık hane gelirine göre farklılık göstermediği bulundu (Tablo 44).

Tablo 45. Araştırma grubunun gelir düzeyi algısına göre kanseri bilme durumunun dağılımı

Gelir düzeyi algısı		Evet	Hayır	Toplam	P
Orta	Sayı	35	16	51	0,474
	Yüzde	%68,6	%31,4	%100,0	
Düşük	Sayı	43	26	69	
	Yüzde	%62,3	%37,7	%100,0	
Toplam	Sayı	78	42	120	
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0	
Pearson ki-kare	$X^2: 0,513$				
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu gelir düzeyi algısına göre anlamlı farklılık göstermemekteydi. ($P>0,05$)				

Gelir düzeyine algısına göre orta düzeyde geliri olan 51 hastadan 35 kişinin (%68,6), düşük gelir düzeyinde 69 hastadan 43 kişinin (% 62,3) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu; bu sonuçlarla $P <0,05$ olup düzenli tedavi görülen kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu gelir düzeyine algısına göre farklılık göstermediği bulundu (Tablo 45).

Tablo 46. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik sınıfa göre kanseri bilme durumunun dağılımı

Sınıf		Evet	Hayır	Toplam	P
Üst tabaka	Sayı	4	0	4	0,008
	Yüzde	%100,0	%0,0	%100,0	
Orta üst tabaka	Sayı	5	0	5	
	Yüzde	%100,0	%0,0	%100,0	
Orta tabaka	Sayı	18	5	23	
	Yüzde	%78,3	%21,7	%100,0	
Orta alt tabaka	Sayı	39	20	59	
	Yüzde	%66,1	%33,9	%100,0	
Alt tabaka	Sayı	12	17	29	
	Yüzde	%41,4	%58,6	%100,0	
Toplam	Sayı	78	42	120	
	Yüzde	%65,0%	%35,0	%100,0	
Pearson ki-kare	X^2 : 13,768				
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu sosyo-ekonomik sınıfa göre anlamlı düzeyde farklıydı. (P< 0,05)				

Acile başvuran ankete yanıt vermeyi kabul eden 120 maligniteli hastanın; üst tabaka kabul edilen 4 kişinin hepsi (%5,1), orta üst tabaka kabul edilen 5 kişinin hepsi (%6,4), orta tabaka kabul edilen 23 hastanın 18'i (% 23,1), orta alt tabakadan 59 hastadan 39 kişinin (%50), alt tabakadan 29 hastanın 12 kişinin (%15,4) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu; P değeri < 0,05 olup düzenli tedavi görülen kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu sosyo -ekonomik sınıfa göre farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 46).

Tablo 47. Araştırma grubundaki hastaların daha önce acile başvurmasına göre kanser bilme durumunun dağılımı

Daha önce acile başvurma durumu		Evet	Hayır	Toplam	P
Evet	Sayı	38	12	50	0,033
	Yüzde	%76,0	%24,0	%100,0	
Hayır	Sayı	40	30	70	
	Yüzde	%57,1	%42,9	%100,0	
Toplam	Sayı	78	42	120	
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 4,559				
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu daha önce acile başvuru durumuna göre anlamlı düzeyde farklıydı. (P< 0,05)				

Düzenli tedavi gördüğü kanser hastalığı olan hastaların daha önce acile başvuran 50 hastadan 38 kişinin (%76,0) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu, daha önce acile başvurma şikayeti olmayan 70 hastadan 40 kişinin (%57,1) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu bulundu. Bu sonuçlarla P değeri <0,05 olduğundan, düzenli tedavi gören kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu daha önce acile başvurma durumuna göre farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 47).

Tablo 48. Araştırma grubundaki hastaların acile başvurma şikayetinin süresine göre kanseri bilme durumunun dağılımı

Hastalık süre		Evet	Hayır	Toplam	P
İlk 24 saat	Sayı	24	15	39	0,451
	Yüzde	%61,5	%38,5	%100,0	
1-7 gün	Sayı	41	20	61	
	Yüzde	%67,2	%32,8	%100,0	
8-14 gün	Sayı	4	3	7	
	Yüzde	%57,1	%42,9	%100,0	
15-30 gün	Sayı	2	3	5	
	Yüzde	%40,0	%60,0	%100,0	
1 ay üzeri	Sayı	7	1	8	
	Yüzde	%87,5	%12,5	%100,0	
Toplam	Sayı	78	42	120	
	Yüzde	%65,0	%35,0	%100,0	
Pearson ki-kare	X ² : 3,681				
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların kanseri bilme durumu acile başvuru şikayetinin süresine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. (P> 0,05)				

Düzenli tedavi gördüğü kanser hastalığı olan 120 hastadan 61 kişinin acile başvurduğu 1–7. günlerde en fazla 41 kişinin (%67,2) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu; İkinci sırada ilk 24 saatlerde başvuran 39 hastadan 24 kişinin (%) hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu bulundu. Bu sonuçlarla P değeri > 0,05 olup düzenli tedavi görülen kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu hastalığın süresine göre farklılık göstermediği bulundu. (Tablo 48).

Tablo 49. Araştırma grubunu düzenli gelire göre acile başvuru şikayetinin dağılımı

Düzenli gelir durumu		Solunum	GİS	ÜSYE	Ağrı	Nörolojik	Genito üriner	Solunum, GİS	Ağrı, GİS	Ağrı, ÜSYE	Diğer	Toplam	P
		Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	Sayı	
Evet	Sayı	14	21	11	10	5	5	4	0	1	10	81	0,014
	Yüzde	17,3 %	25,9 %	13,6 %	12,3 %	6,2 %	6,2 %	4,9 %	%0,0	1,2 %	12,3 %	100,0 %	
Hayır	Sayı	6	7	0	13	4	0	0	1	0	8	39	
	Yüzde	15,4 %	17,9 %	%0,0	33,3 %	10,3 %	%0,0	%0,0	2,6 %	%0,0	20,5 %	100,0 %	
Toplam	Sayı	20	28	11	23	9	5	4	1	1	18	120	
	Yüzde	16,7 %	23,3 %	9,2 %	19,2 %	7,5 %	4,2 %	3,3 %	0,8 %	0,8 %	15,0 %	100,0 %	
Pearson ki-kare	X ² : 20,796												
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların acile başvuru şikayeti düzenli gelire göre anlamlı düzeyde farklıydı.(P<0,05)												

Acile başvuran malignite tanısı olan 81 hastanın düzenli gelirinin olduğu, bunlarında 21 kişinin GİS, 14 kişinin solunum sistemi, 11 kişinin ÜSYE, 10 kişinin ağrı, 5'er kişinin nörolojik ve genitoüriner sistem, 4 kişinin solunum –gastrointestinal sistem, 1 kişinin ağrı-üst solunum yolu enfeksiyonu, 10 kişinin diğer; düzenli geliri olmayan 39 hastadan 13 kişinin ağrı, 7 kişinin GİS, 6 kişinin solunum sistemi, 8 kişinin diğer, 4 kişin nörolojik, 1 kişinin ağrı-GİS şikayetlerle acile başvurduğu, P< 0,05 olup acile başvuru şikayeti düzenli gelir durumuna göre farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 49).

Tablo 50. Araştırma grubunun acile başvuru şikâyeti göre dağılımı

Düzenli tedavi görülen hastalık		Solumum	GİS	ÜSYE	Ağrı	Nörolojik	Genito üriner	Solumum, GİS	Ağrı, GİS	Ağrı, ÜSYE	Diğer	Toplam	P
Solumum	Sayı	10	4	4	10	3	1	2	1	1	4	40	0,027
	Yüzde	25,0 %	10,0 %	10,0 %	25,0 %	7,5 %	2,5 %	5,0 %	2,5 %	2,5 %	10,0 %	100,0 %	
GİS	Sayı	3	11	1	5	2	0	0	0	0	4	26	
	Yüzde	11,5 %	42,3 %	3,8 %	19,2 %	7,7 %	%,0	%,0	%,0	%,0	15,4 %	100,0 %	
Genital	Sayı	2	6	2	6	0	3	2	0	0	2	23	
	Yüzde	8,7%	26,1 %	8,7 %	26,1 %	%,0	13,0 %	8,7 %	%,0	%,0	8,7 %	100,0 %	
Hematolojik	Sayı	2	1	3	1	1	0	0	0	0	4	12	
	Yüzde	16,7 %	8,3 %	25,0 %	8,3 %	8,3 %	%,0	%,0	%,0	%,0	33,3 %	100,0 %	
Sinir sistemi	Sayı	2	0	0	0	3	0	0	0	0	3	8	
	Yüzde	25,0 %	%,0	%,0	%,0	37,5 %	%,0	%,0	%,0	%,0	37,5 %	100,0 %	
Üriner	Sayı	1	5	1	1	0	0	0	0	0	1	9	
	Yüzde	11,1 %	55,6 %	11,1 %	11,1 %	%,0	%,0	%,0	%,0	%,0	11,1 %	100,0 %	
Cilt	Sayı	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	Yüzde	%,0	%,0	%,0	%,0	%,0	100,0 %	%,0	%,0	%,0	%,0	100,0 %	
Kas iskelet sistemi	Sayı	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Yüzde	%,0	100,0 %	%,0	%,0	%,0	%,0	%,0	%,0	%,0	%,0	100,0 %	
Toplam	Sayı	20	28	11	23	9	5	4	1	1	18	120	
	Yüzde	16,7 %	23,3 %	9,2 %	19,2 %	7,5 %	4,2 %	3,3 %	0,8 %	0,8 %	15,0 %	100,0 %	
Pearson ki-kare	X ² : 86,447												
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların acile başvuru şikayeti kanser türüne göre anlamlı düzeyde farklıydı. (P< 0,05)												

Düzenli tedavi gören kanser hastalığına bakıldığında en sık görülen solumum sistemi malignitesinde ki 40 hastadan 10 kişinin solumum sistemi, 10 kişinin ağrı, 4 kişinin ÜSYE, 4 kişinin GİS, 4 kişinin diğer, 2 kişinin solumum-gastrointestinal sistem, 1 kişinin genitoüriner sistem, 1 kişinin ağrı-gastrointestinal sistem, 1 kişinin ağrı-üst solumum yolu enfeksiyonu; ikinci sıradaki GİS malignitelerinde 11 kişinin GİS, 5 kişinin ağrı, 4 kişinin diğer, 3 kişinin solumum, 2 kişinin nörolojik, 4 kişinin diğer, 1 kişinin ÜSYE; üçüncü sırada yer alan genital sistem malignitesi saptanan 23 hastadan 6 kişinin GİS, 6 kişinin ağrı, 3 kişinin genitoüriner, 2 kişinin solumum, 2 kişinin ağrı, 2 kişinin solumum-gastrointestinal sistem, 2 kişinin diğer; 12

hematolojik maligniteli hastadan 4 kişinin diğer, 3 kişinin ÜSYE, 2 kişinin solunum, 1 kişinin ağrı, 1 kişinin nörolojik; 8 sinir sistemi maligniteli hastadan 3 kişinin diğer, 3 kişinin nörolojik, 2 kişinin solunum; 9 üriner sistem maligniteli hastadan 5 kişinin GİS, 1 kişinin solunum, ÜSYE, ağrı, diğer; 1 cilt maligniteli hasta nörolojik, 1 kas-iskelet sistemi maligniteli hasta GİS şikayeti ile acile başvurduğu bulundu. Bu sonuçlarla P değeri <0,05 olup acile başvuru şikayeti kanser hastalığına göre farklılık göstermektedir (Tablo 50).

Tablo 51. Araştırma grubunun kanseri bilme durumuna göre acile başvuru şikayetlerinin dağılımı

Düzenli tedavi görülen hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu		Solunum	GİS	ÜSYE	Ağrı	Nörolojik	Genito üriner	Solunum, GİS	Ağrı, GİS	Ağrı, ÜSYE	Diğer	Toplam	P
Evet	Sayı	13	20	10	14	2	4	4	0	1	10	78	0,048
	Yüzde	16,7 %	25,6 %	12,8 %	17,9 %	2,6 %	5,1 %	5,1 %	%,0	1,3 %	12,8 %	100,0%	
Hayır	Sayı	7	8	1	9	7	1	0	1	0	8	42	
	Yüzde	16,7 %	19,0 %	2,4 %	21,4 %	16,7 %	2,4 %	%,0	2,4 %	%,0	19,0 %	100,0%	
Toplam	Sayı	20	28	11	23	9	5	4	1	1	18	120	
	Yüzde	16,7 %	23,3 %	9,2 %	19,2 %	7,5 %	4,2 %	3,3 %	0,8 %	0,8 %	15,0 %	100,0%	
Pearson ki-kare	X ² : 16,916												
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların acile başvuru şikâyeti kanseri bilme durumuna göre anlamlı düzeyde farklıydı . (P< 0,05)												

Düzenli tedavi görülen kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olan 78 hastadan 20 kişi gastrointestinal (GİS), 14 kişi ağrı, 13 kişi solunum, 10 kişi üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), 10 kişi diğer, 4 kişi genitoüriner, 4 kişi solunum – gastrointestinal sistem, 2 kişi nörolojik, 1 kişi ağrı-üst solunum yolu enfeksiyonu; bilgi sahibi olmayan 42 hastadan 8 kişi GİS, 8 kişi diğer, 7 kişi solunum, 7 kişi nörolojik, 1'er kişi ÜSYE, genitoüriner –ağrı-gastrointestinal sistem şikayetleri ile acile başvurduğu; bu sonuçlarla P < 0,05 olup acile başvuru şikayeti kanser hastasının hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 51).

Tablo 52. Araştırma grubunun kanser tedavi şekline göre acile başvuru şikayetlerinin dağılımı

Tedavi şekli		Solumum	GİS	ÜSYE	Ağrı	Nörolojik	Genitoüriner	Solumum, GİS	Ağrı, GİS	Ağrı, ÜSYE	Diğer	Toplam	P	
KT	Sayı	9	15	10	10	5	1	4	1	0	8	63	0,031	
	Yüzde	14,3 %	23,8 %	15,9 %	15,9 %	7,9 %	1,6 %	6,3 %	1,6 %	0,0 %	12,7 %	100,0 %		
RT	Sayı	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	5		
	Yüzde	0,0 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %	40,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	40,0 %	100,0 %		
KT-RT	Sayı	3	3	0	3	1	2	0	0	0	1	13		
	Yüzde	23,1 %	23,1 %	0,0 %	23,1 %	7,7 %	15,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %	100,0 %		
Yok	Sayı	8	10	1	9	3	0	0	0	1	7	39		
	Yüzde	20,5 %	25,6 %	2,6 %	23,1 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	17,9 %	100,0 %		
Toplam	Sayı	20	28	11	23	9	5	4	1	1	18	120		
	Yüzde	16,7 %	23,3 %	9,2 %	19,2 %	7,5 %	4,2 %	3,3 %	0,8 %	0,8 %	15,0 %	100,0 %		
Pearson ki-kare	X ² : 42,300													
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların acile başvuru şikayetinin kanser tedavi şekline göre anlamlı düzeyde farklıydı. (P< 0,05)													

Düzenli tedavi şekline göre KT alan 63 hastadan 15 kişi GİS ile en fazla; tedavi şekli belli olmayan 39 hastadan 10 kişi GİS; KT-RT alan 13 hastadan 3'er kişinin solumum, GİS, ağrı; RT alan 5 hastadan 2'şer kişinin genitoüriner, 2 kişinin diğer şikayetlerle acile başvurduğu; bu sonuçlarla $P < 0,05$ olup acile başvuru şikayeti kanser hastasının hastalık türüne göre farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 52).

Tablo 53. Araştırma grubunun şikayetinin başlama süresinin acile başvuru şikayetine göre dağılımı

Şikayet süresi		Solunum	Gis	Usye	Ağrı	Nörolojik	Genito üriner	Solunum, Gis	Ağrı, Gis	Ağrı, Üsye	Diğer	Toplam	P
1-12 saat	Sayı	1	5	2	2	4	0	0	0	0	1	15	0,069
	Yüzde	%6,7	33,3 %	13,3 %	13,3 %	26,7 %	%0	%0	%0	%0	6,7 %	100,0 %	
12-24 saat	Sayı	2	7	1	4	3	1	0	0	0	6	24	
	Yüzde	%8,3	29,2 %	4,2 %	16,7 %	12,5 %	4,2 %	%0	%0	%0	25,0 %	100,0 %	
1-7 gün	Sayı	14	10	8	9	2	4	4	1	0	9	61	
	Yüzde	23,0 %	16,4 %	13,1 %	14,8 %	3,3 %	6,6 %	6,6 %	1,6 %	%0	14,8 %	100,0 %	
8-14 gün	Sayı	0	3	0	2	0	0	0	0	1	1	7	
	Yüzde	%0	42,9 %	%0	28,6 %	%0	%0	%0	%0	14,3 %	14,3 %	100,0 %	
15-30 gün	Sayı	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	5	
	Yüzde	40,0 %	%0	%0	60,0 %	%0	%0	%0	%0	%0	%0	100,0 %	
1 ay üzeri	Sayı	1	3	0	3	0	0	0	0	0	1	8	
	Yüzde	12,5 %	37,5 %	%0	37,5 %	%0	%0	%0	%0	%0	12,5 %	100,0 %	
Toplam	Sayı	20	28	11	23	9	5	4	1	1	18	120	
	Yüzde	16,7 %	23,3 %	9,2 %	19,2 %	7,5 %	4,2 %	3,3 %	%8	%8	15,0 %	100,0 %	
Pearson ki-kare	X ² : : 59,781												
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların acile başvuru şikayeti şikayetin başlama süresine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. (P>0,05)												

Düzenli tedavi gören kanser hastalığı olan acile en fazla başvurunun yapıldığı 1–7 gün arası 61 hastanın sırayla en fazla şikayetleri 14 kişi ile solunum,10 kişi ile GİS, 9 kişi ile ağrı ve diğer; ilk 24 saat ile ikinci sıradaki 39 hastanın 12 kişinin GİS, 7 kişinin diğer, 6 kişinin ağrı; 1 ay üzeri 8 hastadan 3'er kişi GİS ve ağrı; 8–14 gün arası 7 hastadan 3 kişinin GİS; 15–30 gün arası 5 hastadan 3 kişinin ağrı ile başvurduğu bulundu. Bu sonuçlarla $P > 0,05$ olup acile başvuru şikayeti, şikayet süresine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulundu (Tablo 53).

Tablo 54. Araştırma grubunun daha önce benzer şikayet durumuna göre acile başvuru şikayeti

Daha önce benzer şikayet olma durumu		Solunum	GİS	ÜSYE	Ağrı	Nörolojik	Genitoüriner	Solunum, GİS	Ağrı, GİS	Ağrı, ÜSYE	Diğer	Toplam	P
Evet	Sayı	10	19	4	16	3	1	4	1	0	7	65	0,051
	Yüzde	15,4 %	29,2 %	6,2 %	24,6 %	4,6 %	1,5 %	6,2 %	1,5 %	%0	10,8 %	100,0 %	
Hayır	Sayı	10	9	7	7	6	4	0	0	1	11	55	
	Yüzde	18,2 %	16,4 %	12,7 %	12,7 %	10,9 %	7,3 %	%0	%0	1,8 %	20,0 %	100,0 %	
Toplam	Sayı	20	28	11	23	9	5	4	1	1	18	120	
	Yüzde	16,7 %	23,3 %	9,2 %	19,2 %	7,5 %	4,2 %	3,3 %	0,8 %	0,8 %	15,0 %	100,0 %	
Pearson ki-kare	X ² : 16,884												
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların acile başvuru şikayeti daha önceden benzer şikayet olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi. (P>0,05)												

Düzenli tedavi görülen daha önce benzer şikayeti olan 65 hastadan 19 kişinin GİS, 16 kişinin ağrı, 10 kişinin solunum, 7 kişinin diğer, 4 kişinin ÜSYE, 3 kişinin nörolojik, 1'er kişinin genitoüriner, ağrı-gastrointestinal sistem; öncesi benzer şikayetleri olmayan 55 hastadan 11 kişinin diğer, 10 kişinin solunum, 9 kişinin GİS, 7'şer kişinin ÜSYE, ağrı, 6 kişinin nörolojik, genitoüriner 1 kişinin ağrı-üst solunum yolu enfeksiyonu şikayetleri acile başvurduğu bulundu. P değeri >0,05 olup acile başvuru şikayeti daha önceden benzer şikayet olma durumuna göre farklılık göstermediği bulundu (Tablo 54).

Tablo 55. Araştırma grubunun BMI'e göre acile başvuru şikayeti

Boy-kilo indeksi		Solunum	GİS	ÜSYE	Ağrı	Nörolojik	Genito üriner	Solunum, GİS	Ağrı, GİS	Ağrı, ÜSYE	Diğer	Toplam	P	
Zayıf	Sayı	3	0	1	3	1	0	0	0	0	2	10	0,307	
	Yüzde	30,0 %	,0%	10,0 %	30,0 %	10,0 %	%0	%0	%0	%0	20,0 %	100,0%		
Normal	Sayı	9	14	6	10	5	2	0	1	1	6	54		
	Yüzde	16,7 %	25,9 %	11,1 %	18,5 %	9,3 %	3,7 %	%0	1,9 %	1,9 %	11,1 %	100,0%		
Şişman	Sayı	5	9	3	10	2	1	4	0	0	10	44		
	Yüzde	11,4 %	20,5 %	6,8 %	22,7 %	4,5 %	2,3 %	9,1 %	%0	%0	22,7 %	100,0%		
Çok şişman	Sayı	3	5	1	0	1	2	0	0	0	0	12		
	Yüzde	25,0 %	41,7 %	8,3 %	%0	8,3 %	16,7 %	%0	%0	%0	%0	100,0%		
Toplam	Sayı	20	28	11	23	9	5	4	1	1	18	120		
	Yüzde	16,7 %	23,3 %	9,2 %	19,2 %	7,5 %	4,2 %	3,3 %	0,8 %	0,8 %	15,0 %	100,0%		
Pearson ki-kare	X ² : 36,264													
Sonuç	Çalışma grubundaki hastaların acile başvuru şikâyetin BMI' e göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi. (P>0,05)													

Düzenli tedavi gören kanser hastalığı olan normal kiloda ki 54 hastadan 14 kişide GİS, 10 kişinin ağrı, 9 kişinin solunum, 6'şar kişinin ÜSYE ve diğer, 5 kişinin nörolojik şikayetleri olduğu; şişman kabul edilen 44 hastanın 10'ar kişinin ağrı ve diğer, 9 kişinin GİS, 5 kişinin solunum, 4 kişinin solunum-gastrointestinal sistem; çok şişman 12 hastadan 5 kişinin GİS, 4 kişinin solunum –gastrointestinal sistem, 3 kişinin solunum; zayıf olan 10 hastadan 3'er kişide solunum ve ağrı, 2 kişide diğer, 1'er kişide ÜSYE ve nörolojik şikayetlerle acile başvurduğu; bu sonuçlara bakıldığında $P > 0,05$ olup acile başvuru şikayeti BMI' e göre farklılık göstermediği bulundu (Tablo 55).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızda malign neoplastik hastalık tanısı olan hastaların demografik, sosyokültürel özellikleri, acile başvuru şikayetleri, varsa ek hastalıkları ve malign neoplastik hastalık tanısını bilip bilmeme oranı ve bunun sosyokültürel sınıfla ilişkisini saptamaya çalıştık.

Çalışmamızda birincisi sırada solunum sistemi daha sonra sırasıyla GİS, genital ve hematolojik sistem malignitesine rastlandı. Toplumda erkeklerde 1. sırada Akciğer, Prostat, Mesane, Kolorektal, kadınlarda ise Meme, Kolorektal, Tiroid, Uterus, Akciğer, Mide kanser insidansı görülmektedir. Mortaliteye bakıldığında her iki cinste de Akciğer kanseri birinci sırayı almaktadır.

ABD’de 2000 yılı kayıtlarına göre kanser insidansı sırasıyla Meme, Prostat, Akciğer, Kolorektal; Türkiye için 2004–2005–2006 yılı kayıtlarına göre ilk üç kanser insidansı sırasıyla Meme, Kolorektal, Tiroid kanserlerden oluştuğu görülmektedir. Akciğer kanseri, 2006 yılında en sık görülen beş kanser arasında yer almazken, 2005 yılında dördüncü, 2004 yılında ise beşinci sırada yer almaktadır. Her iki cinste de mortalite de birinci sırada Akciğer Ca yer almaktadır(19). Bülent Erdur ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Akciğer kanserindeki onkolojik acillerin sık ve ciddi olduğu saptanmıştır. Akciğer kanserli hastaların acil servise başvuru nedenleri arasında en sık KOAH alevlenmesi bulunmuştur. Bunun nedeninin sigara içmede ki yüksek orandır. Çalışmadaki diğer ilginç bir bulgu da klasik kitaplarda onkolojik aciller altında pek bahsedilmeyen, ancak tanısının konulması ve tedavinin başlanması ile hayat kurtarıcı olan pulmoner embolinin sık olarak rastlanması olmuştur (50). SDÜTF Acil Servise 01.01.2011–30.06.2011 tarihleri arasında başvuran, ankete yanıt vermeyi kabul eden malign neoplastik hastalık tanısı olan 120 hastada sırasıyla %33,3 solunum sistemi , %21,7 gastrointestinal sistem (GİS) ,%19,2 genital sistem, %10 hematolojik sistem malignitesi olduğu bulundu. Çalışmamızda sistemlere göre kanser insidansının Türkiye’de Sağlık Bakanlığı 2006 yılı öncesi kayıtlarına uygun olduğu görülmektedir. Ayrıca bizim çalışmamızda 82 hastamızın sigara kullanmadığı, bunlarda da 1. sırada gastrointestinal sistem (GİS), genital ve solunum sistemi kanserlerinin takip ettiği; sigara kullanan ve bırakmış toplam 38 hastada 1.sırada solunum sistemi, 2. sırada gastrointestinal sistem (GİS) veya genital kanserlerin

takip ettiği bulundu ($P<0,05$ olup kanser çalışma grubumuzdaki hastalarda kanser hastalığı ile sigara ile ilişkili olduğu saptanmıştır).

Serpil Yaylacı ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif çalışmada onkoloji hastalarının tüm başvurular içinde en sık sırasıyla %22,2'ser ağrı ve solunumsal, %20,6 genel (bizim diğer kabul ettiğimiz şikayet grubu), %19,7 gastrointestinal sistem (GİS) şikayetleriyle acile başvurduğu görülmüştür (7). Bizim çalışmamızda sırasıyla %23,3'ü gastrointestinal sistem (GİS), %19,2'si ağrı, %16,7'si solunumsal, %15 genel şikayetlerle acile başvurduğu bulundu.

Bozdemir ve ark.'nın yaptıkları çalışmada altı aylık bir süreçte acil servise 24903 hasta başvuru içinde 245 kanser hastasının 324 başvurusu olmuştur. Bozdemir ve ark.'nın çalışmasında başvuran hastaların yaş ortalaması ($60\pm 14,8$) ile çalışmamızdaki hastaların yaş ortalaması (yaş ortalamamız: 59,47) benzerlik göstermektedir. Swenson ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise bayanların %59 oranında başvurduğu gözlenmiştir (6). Ancak cinsiyetlerine bakıldığında yaptığımız çalışmada erkek cinsiyetin daha fazla oranda (%66,7) başvurduğu görülmüştür. SDÜTF Acil Servisimize 01.06.2011–30.06.2011 tarihleri arasında başvuran 8444 hastanın malign neoplastik tanısı olan, anketimize yanıt vermeyi kabul eden 120 hastanın çoğunluğunu erkek cinsiyet (%66,7), 60–70 yaş arası, evli, ilköğretim mezunu olduğu bulundu. Türkiye'de cinsiyetlere göre kanser görülme oranı yıllara göre bakıldığında E:K oranı 1:1,5,1:1,8 arasında değişmektedir (19). Çalışmamızdaki hasta grubumuza baktığımızda oranın K:E=1:1,7 şeklinde olduğu bulundu.

Çalışmamızda düzenli tedavi gören kanser hastalarının yaş, cinsiyet, meslek, gebelik sayısına, sigara kullanmasına göre farklılık gösterdiği; medeni duruma, eğitim, eş eğitim, düzenli gelir, hane aylık geliri, gelir düzey algısına, sosyoekonomik sınıfa, alkol kullanımına, canlı doğum sayısına göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Sigara kullananlarda Akciğer kanserinin fazla olması, kanser hastalıklarının farklılık gösterdiği bir duruma örnektir. Ayrıca kanser hastalarında yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim, eş eğitim, düzenli gelir düzeyi, gelir algısı, sosyoekonomik sınıfa göre tedavi şekillerinde farklılık olmadığı görüldü.

Türkiye'nin gelişen ekonomisiyle birlikte değişen yeni sosyoekonomik statüsü (SES) ölçeği de belirlendi. ODTÜ öğretim üyelerinden Doç. Dr. Uğur Çağlı denetiminde, Eylül –Kasım 2005 tarihleri arasında Türkiye nüfusunu temsil eden 26 ilin kent ve kırsalında 8500 hanede yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılan araştırma sonuçları belirlendi. Türkiye'de şimdiye kadar yapılan araştırmalarda farklı ölçeklerin kullanılması nedeniyle araştırmaların birbiriyle karşılaştırılmama sorunu üzerine bu ölçek belirlenmiştir. Değişen ekonomiye bağlı olarak tüketicinin de sosyoekonomik konumları değişti.

Çalışmaya göre Türkiye'nin sosyoekonomik statü (SES) profili:

A GRUBU : %1,1

B GRUBU : %9,1

C1 GRUBU : %18,9

C2 GRUBU : %31,6

D GRUBU : %28,5

E GRUBU : 10,8

Acile başvuran 120 hastanın sosyoekonomik statülerine bakıldığında; 4 hasta üst tabaka, 5 hasta orta üst tabaka, 23 hasta orta tabaka, 59 hasta orta alt tabaka, 29 hastanın alt tabaka sınıflamasına girdiği bulundu. En fazla malignite oranının orta alt tabakada 17, alt tabakada 16 hasta ile solunum sistemi malignitesinin en fazla olduğu bulundu. Orta alt tabakada 13 gastrointestinal sistem (GİS), 12 genital sistem maligniteler sık görülen diğer malignitelerdi (Tablo 34). Çalışmamızda sosyoekonomik statüye bakıldığında Orta alt tabakayı oluşturan C2 grubunun 59 hasta %49,2 ile SES profiline uygun olduğu görüldü. Düzenli tedavi gören kanser hastalıklarının sosyoekonomik statü ile farklılık olmadığı ($P>0,05$) bulundu.

Çalışmamızdaki hastalarımızın düzenli gelir, düzenli tedavi gördüğü hastalığı hakkında bilgi sahibi olma, tedavi şekline göre acile başvurma şikayetlerinde farklılık olduğu $P<0,05$ saptanarak bulundu. Bu da hastaların sosyal güvencenin hastane başvurusunu, masrafları karşılaması açısından başvuru oranlarını değiştirdiği; hastalığı hakkında bilgi sahibi olmanın hassasiyeti doğurduğu, tedavi

şekline göre farklılığın ise tedavi komplikasyonlarına bağlı acile başvuruyu arttırdığı bulunmuştur.

Düzenli tedavi gören kanser hastalarının hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumunun yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, eş eğitim, meslek, aylık hane gelir, gelir düzeyi algısı, sigara kullanma, hastalık süresi ile ilgili olmadığı ($P>0,05$ değeri her biri için bulunmuştur); hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olmanın düzenli gelir, sosyoekonomik sınıf, daha önce acile başvurma ile ilgili olduğu bulunmuştur ($P<0,05$ değeri bulunmuştur). Aşağıdaki maddeler halinde yazılmış olan önerilerin kanser vakalarına yardım sağlayacağını düşünmekteyiz.

- 1- Acil servis hekimleri kanserli hastalarda oluşan enfeksiyon ve diğer onkolojik acilleri iyi bilmeli ve iyi yönetebilmelidir.
- 2- Hastanemizde de terminal dönem kanserli hastalara bakım verecek palyatif tedavi birimlerinin oluşturulması bu hastaların acil serviste uzun süre kalmaları engellenebilir.
- 3- Hastalar ve yakınları ağrı yönetimi konusunda bilgilendirilmelidir.
- 4- Hastaların alternatif tıp ile ilgili yanlış bilgilerdirilmelerine yönelik eğitim programlarının planlanması.
- 5- Erken teşhis ve tarama testlerinin önemi konusunda eğitim programları planlanmalı.
- 6- Hasta ve yakınları hastalık ve tedaviye bağlı oluşabilecek şikayetler, acile başvurulması gereken durumlar, başvurma süresinin önemi hakkında bilgilendirilmelidirler.

ÖZET

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Kanser Hastalarının Sosyo -demografik Özellikleri ve Acile Başvuruları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Çalışmaya 01.01.2011–30.6.2011 tarihleri arasında 6 aylık dönemde acile başvuran hastaların sosyo-kültürel düzeyleri, malignite tanılarını bilip bilmeme durumları ile acile başvuruları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için 18 yaş üstü kanser tanısı olan, anket formuna yanıt veren tüm yaş grupları alınmıştır. Çalışmaya alınan 120 hastanın 76'sı (%63,3) erkek, 44'ü (36,7) kadın idi. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 59, $47 \pm 13,13$ (18–90 yıl) olarak saptandı. En sık malign neoplastik hastalık görülen yaş grubu 61–70 yaş arasındaydı. Hastaların geliş şikayeti incelendiğinde en fazla gastrointestinal sistem (GİS), ağrı ve solunum sistemi (%59,2) ile acil servise başvurduğu görülmüştür. Acil servise malign neoplastik hastalık tanısı olan hastaların en fazla %50,8 ile 1–7 gün arası, %32,5'un ilk 24 saatte başvurduğu görüldü.

Acile başvuran maligniteli hastalarının demografik özelliklerine bakıldığında, çoğunun yaşlı, erkek, evli ve ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma grubumuzdaki hastalardan düzenli geliri bulunan, kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olan (tanısı mevcut malign hastalıklar), tedavi şeklinin farklılığına göre hastaların acile başvurma şikayetlerinde farklılık olduğu saptanmıştır.

Türkiye için 2006 yılı kayıtlarına göre kanser insidansı sırasıyla meme, Tiroid, Kolorektal kanserlerden oluştuğu görülmektedir. Her iki cinste de mortalite de birinci sırada Akciğer Ca yer almaktadır.

Çalışmamızda en sık Akciğer, Kolorektal, Genital, Hematolojik sistem malignitelerin olduğu; bu sonuçlarında Kanser Daire Başkanlığı 2006 yılı öncesi istatistik sonuçları ile aynı olduğu saptanmıştır. İstatistiklere bakıldığında 2004–2006 yılı sonuçlarında değişiklikler olduğu görülmüştür.

Araştırma grubumuzdaki kanser hastalarının hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumunun yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, eş eğitim, meslek, aylık hane gelir, gelir düzeyi algısı, sigara kullanma, hastalık süresi ile ilgili olmadığı saptanmıştır. Hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olmanın düzenli gelir, sosyoekonomik sınıf, daha önce acile başvurma ile ilgili olduğu bulunmuştur. Değişen ekonomiye bağlı olarak tüketicinin de sosyoekonomik konumları değişti. Çalışmamızda acile başvuran gruplara bakıldığında Türkiye'nin sosyoekonomik statüsü oranlarına yakın değerler de olduğu görülmüştür.

Araştırma grubumuzdaki kanser hastalarının acile başvurma şikayeti ile sosyoekonomik statü ile ilişkisine bakıldığında; hastalığı hakkında bilgi sahibi olmanın ve gelir düzeyinin hastaların acil servise başvurmasını arttırdığını saptadık. Bu sonuçlarda sosyoekonomik statü ile acile başvurma arasındaki doğru orantıyı göstermektedir. Onkolojik acil ve sosyo-demografik özellikler ile yapılan çalışmaların azlığı dolayısıyla yeni çalışmalara katkı sağlayacağı görülmüştür.

Anahtar kelime: Kanser, sosyo-demografik özellik, acil

SUMMARY

Sociodemographic Attribute of Cancer Patients and The Relationship Assessment of Their Application Reasons in Emergency Service in Isparta Suleyman Demirel University Hospital

Between 01.01.2011-30.06.2011, patients older than 18 years old who applied to our emergency service and accepted to join to the survey were included to our study to assess the relationship between their sociodemographic attributes, awareness of their disease which is to be malignant and the reasons to apply to emergency service. Of 120 patients 76 were male (63.3%) and 44 (36.7%) were female. The mean age for the patients was found $59,47 \pm 13,13$ (18-90 years). Malignant neoplastic diseases were seen in 61-70 years-old group the most. When we assessed the patient informations, The most common reasons to apply for the emergency service were gastrointestinal system (GIS) symptoms, pain and respiratory (59.2%) system symptoms. We found that, 50.8% of the patients who were diagnosed for malignant neoplastic diseases applied to the emergency service in 1-7 days after their symptoms occurred, while 32.5% of patients applied in the first 24 hours.

Most of the malignant disease patients applied to emergency service were old, male, married and primary-school-graduates. It was found that, primarily-diagnosed malignancy (already diagnosed malignancy patients) patients who had regular income had significantly different reasons to apply for the emergency service.

Up to 2006 records, cancer incidence rates for Turkey were breast, thyroid, colorectal cancers, respectively. In both of the genders, lung cancer had the highest mortality rates.

It was found that, awareness of their malignancy was not significantly related with age, gender, education levels, civil status, partners'-education levels, occupation, monthly income, subsistence-level perception, smoking status, duration of disease. The awareness of the malignant disease was significantly related with, sociodemographic status, primarily-application to the emergency service. With the economical status changes, consumer socioeconomical have been changing. It was observed that in our study groups, the sociodemographic status of patients were close to the mean sociodemographic rates in Turkey.

When we assessed the relationship between, regular treatment patients and sociodemographic Attributes, we found that, awareness of malignant diseases increased the ER application rates. As a result, these findings indicate that there is a direct proportion between sociodemographic status and application to emergency service. However, there are lack of studies that indicate the association between oncological emergencies and sociodemographic Attributes; we think this present study may present information for the further studies.

Key words: Cancer, sociodemographic status, emergency

KAYNAKLAR

1. Dunne-Daly CF. Radiation Therapy for oncological emergencies. *Cancer Nurs* 1994,17:516.
2. Demirkazık A, Altun R. *Onkolojik Aciller Yoğun Bakım Dergisi*.2004;(4):232-243.
3. Mayer DK. Prevention early detection management of Oncologic emergencies. *Resent Results Cancer res*1991, 121:361–365
4. Neilan BA. Oncologic emergencies. *Postgrad Med* 1994, 95.125–32.
5. Brown MW, Bradley JA, Camlan CC. Malignant disease in the accident and emergency department. *Br J Clin Pract* 1993,37:205–208
6. Swenson K, Rose MA, Rizz L. Recognition and evaluation of oncology-related symptoms in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1995,26: 12–17.
7. Clinical Characteristics and One-Year Survival of Cancer Patients Presenting to Emergency Department. *Journal of Hematology and Oncology* 2009, 19(4):213–222
8. Collins AR, Ferguson LR. Nutrition and Carsinogenezis. *Mutat Res*.2004 ,551-8.
9. Sun SY, Hail N JR , Lotan R .Apoptosis as a novel target for cancer chemopreventain. *J Natl Cancer Inst*.2004,96.662–72
10. Edwards BK, Howe HL, Ries LA. Annual report to the on the status of cancer.1973–1999, featuring implications of age and aging on US cancer burden. *Cancer* 2002, 94:2766–234
11. Wingo PA, Landis S, Parker S. Using cancer registry and vital statistics to estimate the number of new cases cancer cases and deaths in the US for the upcoming year./*Reg Menagement* 1998, 25.43.
12. DeVita VT, Hellman S ,Rosenberg SA. *Cancer: principles and practice of oncology*, 6th ed. Philadelphi: Lippincott-Raven Publishers, 2001.
13. Carison HE. Metabolic complications. In: Casciato DA. Territo, MC. *Manual Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Lippincott (Williams & Wilkins LWW), 2008,567–94.
14. Burtis WJ, Brady TG, Orloff JJ . Immunochemical characterization of circulating parathyroidhormone-related protein in patients with humoral hypercalcemia of cancer. *N Engl J Med* 1990,322:1106–12
15. Abeloff MD. *Clinical oncology*, 2nd ed. Newyork: Churchill Livingstone,1999
16. Payne RB, Carver ME, Morgan DB. Interpretation of serum total calcium: effects of adjustment for albumin concentration on frequency of abnormal values and on detection of change in the individual. *J Clin Pathol* 1979,32.56–60.
17. Raftopoulos H. Diagnosis and management of hyponatremia in cancer patients. *Support Care Cancer* 2007,15(12):1341–7.
18. Gerrard G, Rodda S, Anderson J. Management of hypocalcaemia in the oncology clinics. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2010,22(7):615–6.
19. Leak A, Davis ED, Houchin LB, Mabrey M. Diabetes management and selfcare education for hospitalized patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2009,13(2):205–210.
20. Hoff AO, Vassilopoulou-Sellin R. The role of glucagon administration in the diagnosis and treatmentof patients with tumor hypoglycemia. *Cancer* 1998,82,1585–92.

21. Redman BG, Pazdur R, Zingas AP, Lored R. Prospective evaluation of adrenal insufficiency in patients with adrenal metastasis. *Cancer* 1987,60:103–7.
22. Cooper DJ, Walley KR, Wiggs BR, Russel JA. Bicarbonatedoes not improve hemodynamics in criticallyill patients who have lactic acidosis. A prospective controlled clinical study. *Ann Intern Med* 1990,112:492–8.
23. Pui C, Mahmoud H, Wiley J. .Recombinant urate oxidase fort he proflaxis or treatment of hyperucemia in patients with leukomia or lymphoma. *J. Clin Oncol*, 2001,19(3):697–704
24. Schraufnagel DE, Hill R, Leech JA, Pare JAP. Superior vena caval obstruction. Is it an emergency? *Am J Med* 1981,70:1169–74.
25. Yellin A, Rosen A, Reichert N, Lieberman Y. Superior vena cava syndrome. The myth-the facts. *Am Rev Respir Dis* 1990,141:1114–8.
26. Prommer EE, Casciato DA. Thoracic Complications. In: Casciato DA; Territo, MC. *Manual of Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2008,595–609.
27. Ahmann FR. A reassessment of the clinical implications of the superior vena cava syndrome. *J Clin Oncol* 1984,2:961–9
28. Wan JF, Bezjak A. Superior vena cava syndrome. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2010,24(3):501–13
29. Kuralay F, Tokgöz Z, Cömlekci A. Diagnostic usefulness of tumour marker levels in pleural effusions of malignant and benign origin. *Clin Chim A* 2000,300(1–2):43–55.
30. Prakash P, Kalra MK, Stone JR, Shepard JA, Digumarthy SR. Imaging findings of pericardial metastasis on chest computed tomography. *J Comput Assist Tomogr* 2010,34(4):554–8.
31. AM, rnoId SM, Patchell R,Lowy AM, Foon KA. Hematologic manifestations of cancer. In *Cancer, Principles and Practice of Oncology*, 6th edition, De Vita VT, Helmann S, Rosenberg SA, Eds. Philadelphia, JB Lippincott Company,2001,2516–2518.
32. Casciato, DA. Hematologic Complications. In: Casciato, DA. Territo, MC. *Manual of Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2008:658–83.
33. Bussel JB. Therapeutic approaches to secondary immune thrombocytopenic purpura. *Semin Hematol*. 2009,46(1 Suppl 2):S44–58.
34. Kumar R, Gupta V.Disseminated intravascular coagulation: current concepts. *Indian J Pediatr* 2008,75(7):733–8.
35. Bick RL. Disseminated intravascular coagulation: a review of etiology, pathophysiology, diagnosis, and management: guidelines for care. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2002,8:1–31.
36. Lill MC. Hematologic complications of cancer and its treatment. In *Cancer Treatment*, 5th edition, Haskell CM, Ed. Philadelphia, WB Saunders Company, 2001,pp:238–251.
37. Langer F, Holstein K, Eifrig B, Bokemeyer C. Haemostatic aspects in clinical oncology. *Hamostaseologie* 2008,28(5):472–80.
38. Jarque I, Salavert M, Sanz MA. Management of febrile neutropenic patients. *Enferm Infec Microbiol Clin* 2005,23 Suppl 5:24-9.)

39. Lance WG. Infectious Complications. In: Casciato DA; Territo MC. Manual of Clinical Oncology. 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2008,684–711.
40. Kern WV, Cometta A, De Bock R. Oral versus intravenous empirical antimicrobial therapy for fever in patients with granulocytopenia who are receiving cancer chemotherapy. International Antimicrobial Therapy Cooperative Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. *N Engl J Med* 1999,341:312-8
41. Groll AH, Ritter J, Müller FM. Guidelines for Prevention of *Pneumocystis carinii* Pneumonitis in Children and Adolescents with Cancer. *Klin Padiatr* 2001,213 Suppl 1:A38–49
42. Prommer EE, Casciato DA. Abdominal Complications. In: Casciato, DA. Territo, MC. Manual of Clinical Oncology. 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2008,611–28.
43. DeAngelis LM. Neuromuscular Complications. In: Casciato, DA.; Territo, MC. Manual of Clinical Oncology. 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2008,629–43.
44. Sun H, Nemecek AN. Optimal Management of Malignant Epidural Spinal Cord Compression. *Emerg Med Clin North Am* 2009,27.195–208.
45. Kumar A, Knutson DW. Renal Complications. In: Casciato, DA.; Territo, MC. Manual of Clinical Oncology. 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2008,621–28.
46. Chansky HA, Casciato DA, Berenson JR. Bone and Joint Complications. In: Casciato DA; Territo, MC. Manual of Clinical Oncology. 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins (LWW), 2008,644–57.
47. Desandre PL, Quest TE. Management of cancer-related pain (review). *Emerg Med Clin North Am*. 2009,27(2):179–94.
48. Bunn Jr PA, Rigdway EC. Paraneoplastic syndromes. De Vita VT, Helmann S, Rosenberg SA(eds): *Cancer, Principles and Practice of Oncology*. 4th Edition Philadelphia, J.B. Lippincott Company 1993, pp:2026-2071.
49. Doğuş Üniversitesi Dergisi.2010,11(1):138-155
50. Başer S, Erdur B. Akciğer Kanseri Olguların Acil Servis Başvuruları. *Akademik Acil Tıp Dergisi*. 2008, 7(2): 21–24.

9-Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

10-Düzenli tedavi gördüğünüz hastalığınız var mı? Varsa nedir? (Hangi tür KT)

11-Kanser dışında düzenli tedavi gördüğünüz hastalığınız var mı? Varsa nedir?

12-Bu hastalığınız kanser tanısından önce de var mıydı?

a) Evet b) Hayır

13-Acile başvuru şikâyetiniz nedir? Şikâyetinizin süresi?

14-Daha önce de benzer şikâyetleriniz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

15-Daha önce de benzer şikâyetlerle herhangi bir Acil servise gittiniz mi?

a) Evet b) Hayır