

## O-10

### FEBRİL NÖTROPENİK HASTADA RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Sevil Bavbek

Hastanede yatış ve intravenöz antibiyotik tedavisi kanserli hastada gelişen nütropenik ateşin standart tedavisidir. Son yıllarda bu altın standart düşük riskli olarak tanımlanan bir grup hastada sorgulanmaya, geniş spektrumlu beta-laktam uzun yarı ömürlü antibiyotiklerin ve oral antipsödomonal ajanların geliştirilmesi ile ayaktan uygulanabilen ampirik antibiyotik rejimlerinin bu hasta grubunda yeterli olup olmadığı araştırılmaya başlanmıştır. Bu yaklaşımın araştırma kapsamında sınanması, güvenli olarak uygulanabilmesi ve yeni standart olarak belirlenebilmesi için “yüksek risk” ve “düşük risk” grubunun iyi bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Nütropenik ateş riskini belirleyen temel faktör nütropeni derinliği ve süresidir. Fagositik fonksiyon, hücrel ve humoral bağışıklık sistemleri de bu riski etkilemektedir. Altta yatan hastalığın türü ve tedaviye verdiği cevap, uygulanan tedavinin yoğunluğu ise hem nütropeni derecesini ve süresini, hem de konak savunma sistemlerindeki baskılanmayı belirleyen ana faktörlerdir. Hastanın hastanede yatmış olması dirençli organizmalarla kolonizasyon nedeniyle riskli hasta grubuna girmesine yol açmaktadır. Başvuruda nütropeni düzeyi  $<100/\text{mm}^3$  ve beklenen nütropeni süresi 7-10 gün üzerinde olan, altta yatan hastalığı tedaviye cevap vermeyen, hastanede yatma öyküsü olan, buna ilaveten hipotansiyon ve/veya bilinç bulanıklığı, solunum yetmezliği, dehidratasyon, beslenme bozukluğu ve akut kanaması olan hastalar “yüksek risk” grubunda değerlendirilerek ampirik tedavi planlaması yapılmalıdır. “Yüksek risk” faktörlerini taşıyan hastaların febril nütropeni komplikasyon oranının ve mortalitesinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Başvuruda aşağıdaki özellikleri taşıyan hastalar ise “düşük risk” grubunda sayılmaktadır:

1. Kemik iliği baskılanması hafif (nütrofil  $>100/\text{mm}^3$ , trombosit  $>75.000/\text{mm}^3$ ),
2. Kanser remisyonda, tedaviye cevaplı,
3. Bir önceki kemoterapi sonrası kemik iliğinin toparlanmasına yetecek kadar süre geçmiş,
4. Organ disfonksiyonu olmayan,
5. Mukozit, diyare, perianal infeksiyon, yaygın selülit veya pnömoni olmayan hastalar.

Düşük riskli bu hasta grubunda beklenen nötropeni süresi 10 günden az olmalıdır. Başlangıçta düşük risk grubuna girmeyen ancak hastaneye yatıştan sonraki izleminde düşük riskli seyir gösteren bir hasta grubu da tanımlanmıştır; bu hastalarda tedavinin kalan bölümünün ayaktan yapılabileceği savunulmaktadır. Bu özellikler:

1. Kemik iliği baskılanmasında düzelme,
2. Kan kültürlerinde üreme olmaması,
3.  $\geq 24$  saat ateş olmaması,
4. Lokalize infeksiyonların kontrol altında olması,
5. Hastanede yatış ve intravenöz uygulama için başka gerekçe olmaması,
6. Hastanın hastaneye kolayca ulaşabileceği bir ortamda bulunabilmesi olarak sıralanmaktadır.

Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu (EORTC) nötrofil sayısı  $100-1000/\text{mm}^3$  arasında, beklenen nötropeni süresi 10 günden kısa, hastalık veya tedaviye bağlı başka komplikasyonları olmayan düşük riskli hastalarda ampirik antibiyotik rejimi olarak monoterapi önermektedir. Nötrofil sayısı  $<1000/\text{mm}^3$  ancak  $<100/\text{mm}^3$  olması beklenen, nötropeni süresinin 10 günü aşması beklenen ancak komplikasyon olmayan hastalarda kombinasyon tedavisi; nötropeni düzey ve süresi aynı ancak hipotansiyon, erişkin sıkıntılı solunum sendromu, kateter komplikasyonları ve tekrarlayan febril nötropenik atakları olan riskli hastalarda ise kombinasyon tedavisine ek olarak glikopeptid önermektedir. Düşük riskli hastaların büyük çoğunluğunda kültürlerde üreme olmaması ve ateşin çabuk düşmesi, uzun hastanede yatışın getirdiği yüksek maliyet, nozokomiyal patojenlerle kolonizasyon, fungal infeksiyon riskinde artış, yaşam kalitesinde azalma gibi ikincil sakıncalar bu hastaların ayaktan tedavisini gündeme getirmektedir. Başvuruda düşük risk grubunda sayılan hastaların oral ampirik antibiyotik rejimleri ile ayaktan tedavisi, hastaneye yatırılıp intravenöz ampirik antibiyotik rejimleri başlandıktan sonra düşük riskli seyreden hastaların ise ateş kontrol altına alındıktan sonra kalan tedavilerini ayaktan tamamlamaları üzerinde çalışılması gereken iki ayrı yaklaşım olarak görülmektedir. Her iki konuda da tedavi etkinliği ve yan etkileri yanında hayat kalitesi ve maliyet analizi de içeren karşılaştırmalı çalışmalara gereksinim vardır.