

MALİGN PLEVRAL EFÜZYON YÖNETİMİ

20. BÖLÜM

Ahmet ULUŞAN¹

GİRİŞ

Malign plevral efüzyon (MPE), tüm kanser hastalarının % 15'ini etkileyen yaygın bir nefes darlığı nedenidir ⁽¹⁾. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 150.000 ve Avrupada 100.000 yeni MPE vakası görülmektedir ⁽²⁾. Malignite, plevral efüzyonun etiyojisinde daima akılda tutulmalı ve ayırıcı tanıda düşünölmelidir. Plevral boşluğa yakın bir organdan kaynaklanan veya metastaz yapma özelliğine sahip bütün tümörler plevral efüzyona sebep olabilirler. En sık plevraya metastaz yapan kanserler, erkeklerde akciğerden ve kadınlarda göğüsten gelir. Mezotelyomada görüldüğü gibi, plevranın kendisi de malignitenin birincil yeri olabilir ⁽³⁾. Sistemik antikanser tedavilerindeki gelişmeler birçok hastanın daha uzun yaşamasına izin verdiği için, malign plevral efüzyonun yükü artmaktadır ⁽⁴⁾. Malign efüzyon gelişimi, yaşam beklentisinin azaldığı ilerlemiş hastalığı ifade eder ⁽⁵⁾. Ortalama sağkalım, tümör tipine bağlı olarak 3 ila 12 ay arasında değişir ^(4,6). Tedavi yaklaşımları, nefes darlığının giderilmesine ve yaşam kalitesinin optimize edilmesine odaklanır. Bu derlemede, MPE'nin tanı ve tedavisindeki son gelişmeleri özetleyerek ve mevcut tedavi değişikliklerini destekleyecek kanıtlar sağlayan dönüm noktası çalışmalarına genel bir bakış sağlamayı amaçlamaktayız.

TEDAVİ YÖNETİMİ

Malign ya da paramalign plevral efüzyon tespit edilen ve cerrahi planlanmayan hastalarda klinisyen palyatif amaçlı tedavi düşünölmelidir. Bu kararı düşöndüren ise hastanın kondüsyonu, semptomları ve sağkalım süresidir. Tedavi yaklaşımı, plöredezisten plörektomiye kadar değişiklik gösterebilir. Sistemik kemoterapi malign plevral efüzyonun kontrolünde anlamlı katkı sağlamamıştır, ancak lenfoma, meme kanseri ve küçük hücreli akciğer kanseri kemoterapiden fayda görmektedir

¹ Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Gaziantep. draulusan@gmail.com ORCID iD: 0000-0003-3068-408X

Son yayınlarda, talk bulamacının talk pudrajına benzer plöredez sonuçlarını ve KPK'ların avantajlarını kimyasal bir plöredez ile birleştirmeye yönelik stratejileri benimsenmiştir. KPK'sı olan ve akciğeri önemli ölçüde sıkışmamış hastalar için, günlük KPK drenaj rejimi plöredez başarısı ve erken KPK çıkarılması şansını artırır.

Yaşam kalitesi ve semptomların azaltılması gibi ilgili, hasta merkezli sonuçların daha sağlam bir şekilde araştırılması, hasta merkezli tartışmalara ve karar vermeye yardımcı olacaktır. KPK drenajının yükü veya kimyasal plöredez ile ilişkili kalış süresi gibi mevcut tedavilerin daha geniş etkisinin açıklığa kavuşturulması öncelikle gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Bibby AC, Dorn P, Psallidas I, Porcel JM, Janssen J, Froudarakis M, et al. ERS/EACTS statement on the management of malignant pleural effusions. *Eur Respir J* 2018;52.
2. Penz E, Watt KN, Hergott CA, Rahman NM, Psallidas I. Management of malignant pleural effusion: challenges and solutions. *Cancer Management Research* 2017;9:229.
3. Clive AO, Jones HE, Bhatnagar R, Preston NJ, Maskell N. Interventions for the management of malignant pleural effusions: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016.
4. Roberts ME, Neville E, Berrisford RG, Antunes G, Ali N. Management of a malignant pleural effusion: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax* 2010;65:ii32-ii40.
5. Psallidas I, Kanellakis NI, Gerry S, Thézéas ML, Charles PD, Samsonova A, et al. Development and validation of response markers to predict survival and pleurodesis success in patients with malignant pleural effusion (PROMISE): a multicohort analysis. *The Lancet Oncology* 2018;19:930-9.
6. Clive AO, Kahan BC, Hooper CE, Bhatnagar R, Morley AJ, Zahan-Evans N, et al. Predicting survival in malignant pleural effusion: development and validation of the LENT prognostic score. *Thorax* 2014;69:1098-104.
7. Shields TW. *General thoracic surgery*: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
8. Feller-Kopman DJ, Reddy CB, DeCamp MM, Diekemper RL, Gould MK, Henry T, et al. Management of malignant pleural effusions. An official ATS/STS/STR clinical practice guideline. *American journal of respiratory critical care medicine* 2018;198:839-49.
9. Bhatnagar R, Piotrowska HE, Laskawiec-Szkonter M, Kahan BC, Luengo-Fernandez R, Pepperell JC, et al. Effect of thorascopic talc poudrage vs talc slurry via chest tube on pleurodesis failure rate among patients with malignant pleural effusions: a randomized clinical trial. *Jama* 2020;323:60-9.
10. Dresler CM, Olak J, Herndon JE, Richards WG, Scalzetti E, Fleishman SB, et al. Phase III intergroup study of talc poudrage vs talc slurry sclerosis for malignant pleural effusion. *Chest* 2005;127:909-15.
11. Terra RM, Junqueira JJM, Teixeira LR, Vargas FS, Pêgo-Fernandes PM, Jatene FB. Is full postpleurodesis lung expansion a determinant of a successful outcome after talc pleurodesis? *Chest* 2009;136:361-8.
12. Rahman NM, Pepperell J, Rehal S, Saba T, Tang A, Ali N, et al. Effect of opioids vs NSAIDs and larger vs smaller chest tube size on pain control and pleurodesis efficacy among patients with malignant pleural effusion: the TIME1 randomized clinical trial. *Jama* 2015;314:2641-53.
13. Walker S, Mercer R, Maskell N, Rahman NM. Malignant pleural effusion management: keeping the flood gates shut. *The Lancet Respiratory Medicine* 2019.

14. Davies HE, Mishra EK, Kahan BC, Wrightson JM, Stanton AE, Guhan A, et al. Effect of an indwelling pleural catheter vs chest tube and talc pleurodesis for relieving dyspnea in patients with malignant pleural effusion: the TIME2 randomized controlled trial. *Jama* 2012;307:2383-9.
15. Thomas R, Fysh ET, Smith NA, Lee P, Kwan BC, Yap E, et al. Effect of an indwelling pleural catheter vs talc pleurodesis on hospitalization days in patients with malignant pleural effusion: the AMPLE randomized clinical trial. *Jama* 2017;318:1903-12.
16. Wahidi MM, Reddy C, Yarmus L, Feller-Kopman D, Musani A, Shepherd RW, et al. Randomized trial of pleural fluid drainage frequency in patients with malignant pleural effusions. The ASAP trial. *American journal of respiratory critical care medicine* 2017;195:1050-7.
17. Muruganandan S, Azzopardi M, Fitzgerald DB, Shrestha R, Kwan BC, Lam DC, et al. Aggressive versus symptom-guided drainage of malignant pleural effusion via indwelling pleural catheters (AMPLE-2): an open-label randomised trial. *The Lancet Respiratory Medicine* 2018;6:671-80.
18. Bhatnagar R, Keenan EK, Morley AJ, Kahan BC, Stanton AE, Haris M, et al. Outpatient talc administration by indwelling pleural catheter for malignant effusion. *New England Journal of Medicine* 2018;378:1313-22.
19. Sivakumar P, Douiri A, West A, Rao D, Warwick G, Chen T, et al. OPTIMUM: a protocol for a multicentre randomised controlled trial comparing Out Patient Talc slurry via Indwelling pleural catheter for Malignant pleural effusion vs Usual inpatient Management. *BMJ open* 2016;6.
20. Pannu JK, Lentz RJ. Discordance Between Pleural Elastance and Postthoracostomy Chest Radiograph: Putting Pressure on Pleurodesis Trials. *Chest* 2020;157:249-50.
21. Chopra A, Judson MA, Doelken P, Maldonado F, Rahman NM, Huggins JT. The relationship of pleural manometry with postthoracostomy chest radiographic findings in malignant pleural effusion. *Chest* 2020;157:421-6.
22. Martin GA, Tsim S, Kidd AC, Foster JE, McLoone P, Chalmers A, et al. Pre-EDIT: a randomized feasibility trial of elastance-directed intrapleural catheter or talc pleurodesis in malignant pleural effusion. *Chest* 2019;156:1204-13.
23. Lentz RJ, Lerner AD, Pannu JK, Merrick CM, Roller L, Walston C, et al. Routine monitoring with pleural manometry during therapeutic large-volume thoracostomy to prevent pleural-pressure-related complications: a multicentre, single-blind randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine* 2019;7:447-55.
24. Matthews C, Freeman C, Sharples LD, Fox-Rushby J, Tod A, Maskell NA, et al. MesoTRAP: a feasibility study that includes a pilot clinical trial comparing video-assisted thoracoscopic partial pleurectomy decortication with indwelling pleural catheter in patients with trapped lung due to malignant pleural mesothelioma designed to address recruitment and randomisation uncertainties and sample size requirements for a phase III trial. *BMJ Open Respiratory Research* 2019;6.
25. Mishra EK, Clive AO, Wills GH, Davies HE, Stanton AE, Al-Aloul M, et al. Randomized controlled trial of urokinase versus placebo for nondraining malignant pleural effusion. *American journal of respiratory critical care medicine* 2018;197:502-8.
26. Rintoul RC, Ritchie AJ, Edwards JG, Waller DA, Coonar AS, Bennett M, et al. Efficacy and cost of video-assisted thoracoscopic partial pleurectomy versus talc pleurodesis in patients with malignant pleural mesothelioma (MesoVATS): an open-label, randomised, controlled trial. *The Lancet Oncology* 2014;384:1118-27.
27. Woolhouse I, Bishop L, Darlison L, De Fonseca D, Edey A, Edwards J, et al. British Thoracic Society Guideline for the investigation and management of malignant pleural mesothelioma. *Thorax* 2018;73:i1-i30.
28. Isik AF, Sanli M, Yilmaz M, Meteroglu F, Dikensoy O, Sevinc A, et al. Intrapleural hyperthermic perfusion chemotherapy in subjects with metastatic pleural malignancies. *Respir Med* 2013;107:762-7.

29. Crnjac A, Sok M, Kamenik M. Impact of pleural effusion pH on the efficacy of thoracoscopic mechanical pleurodesis in patients with breast carcinoma. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;26:432-6.
30. Hojski A, Leitgeb M, Crnjac A. Release of growth factors after mechanical and chemical pleurodesis for treatment of malignant pleural effusion: a randomized control study. *Radiol Oncol* 2015;49:386-94.
31. Dipper A, Bhatnagar R, Maskell N. Management of malignant pleural effusions. *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 2020;26:341-5.