

AKCİĞER KANSERİNDE HEMOPTİZİ YÖNETİMİ

26.

BÖLÜM

Ekin ZORLU¹

GİRİŞ

Hemoptizi yunanca “Haima” (Kan) ve “Ptysis” (Tükürmek) kelimelerinin birleşmesinden oluşmuş, akciğer parankimi veya trakeobronşiyal ağaç kaynaklı kanamanın ekspektorasyonu ile karakterize klinik bir durumdur.

Tüm hemoptizi vakalarının %25’i akciğer kanseri nedeni olup %3’ü masif hemoptizi ile seyrederek. Multidisipliner yaklaşım, hızlı stabilizasyon ve kanama odağına acil müdahale gereken bu hastalarda zaman kaybedildikçe mortalite %80’ lere ulaşır (1).

Akciğer kanserinin neden olduğu hemoptizinin sınıflandırılmasında yıllar içerisinde çok farklı yöntemler kullanıldı ise de en kabul göreni kanamanın miktarına bağlı sınıflamadır. Buna göre 24 saatte 50 mL altı kanamalar hafif, 50 – 200 mL arası orta, 200 – 600 mL arası ciddi ve 600 mL üzeri masif hemoptizi olarak kabul edilir (2,3). Ancak unutulmamalıdır ki hastanın ekspektore edebildiği kan her zaman gerçek kanama miktarını göstermez. Kanamanın etkisi solunum ağacında mevcut kan miktarına ve yaratacağı hipoksi düzeyine göre de değişir (4). Bu nedenle hastalar yoğun klinik gözetim ile birlikte değerlendirilmelidir.

PATOGENEZ

Tümör dokusu solunum ağacında gelişmesi sırasında birkaç mekanizmayla kanamaya neden olur. Kanamanın miktarı da bu mekanizmaya göre değişiklik gösterir. En yaygın hemoptizi nedeni tümörün yarattığı doku erozyonunun bronşiyal damar ağında destrüksiyona yol açmasıdır (5). Bu şekilde gelişen hemoptiziler bronşiyal arter kökenlidir. Bronşiyal arter sistemi aorta ve interkostal arterlerden köken alır ve yüksek basınçlıdır. Tüm hemoptizilerin %90’ından bronşiyal arter sorumludur.

¹ Uzm. Dr. S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, ekinzorlu@hotmail.com ORCID iD: 0000-0001-5639-6575

akciğer kanserinde ortaya çıkan hemoptizi tedavisinin büyük oranda palyatif olduğu kabul edilmelidir.

Hemoptizi tedavisi multidisipliner çalışma gerektirir. İlk bakı ve müdahale hastanın havayolu ve hemodinamik stabilizasyonu sağlanması üzerine olmalıdır. Stabilizasyon sağlanıyorsa entübasyondan kaçınılmamalıdır.

Endotrakeal ve endovasküler girişimler hem tanı hemde palyatif tedavide kullanılır. Kanamanın kontrol altına alınmasında da etkilidirler ancak nüks kanama açısından her zaman hazırlıklı olunmalıdır.

Tek ve tam tedavi cerrahidir. Ancak çok sınırlı bir hasta grubu elektif cerrahi için uygundur. Anatomik rezeksiyonlar mümkün olduğunca küçük parankim alanlarında yapılmalıdır. Pnöminektomi ancak hastanın hayatını kurtaracağı düşünülüyorsa tercih edilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Reisz G, Stevens D, Boutwell C, et al. The causes of hemoptysis revisited. A review of the etiologies of hemoptysis between 1986 and 1995. *Missouri Medicine* 1997;94:633-5.
2. Corey R, Hla KM: Major and massive hemoptysis: reassessment of conservative management. *Am J Med Sci* 1987;294:301-309.
3. Crocco JA, Rooney JJ, Fankushen DS, et al. Massive hemoptysis. *Arch Intern Med* 1968; 121:495-8.
4. Ong TH, Eng P. Life threatening hemoptysis requiring intensive care. *Intensive Care Med* 2003;29:317-20.
5. Kvale PA, Selecky PA, Prakash UB, et al. Palliative care in lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest* 2007; 132:368S-403S.
6. Jean-Baptiste E. Clinical assessment and management of massive hemoptysis. *Crit Care Med* 2000;28:1642-7.
7. Chun JY, Belli AM. Immediate and long-term outcomes of bronchial and non-bronchial systemic artery embolisation for the management of haemoptysis. *Eur Radiol* 2010;20(3):558-65.
8. Ito M, Niho S, Nihei K, et al. Risk factors associated with fatal pulmonary hemorrhage in locally advanced non-small cell lung cancer treated with chemoradiotherapy. *BMC Cancer* 2012;12:27.
9. Sakr L, Dutau H. Massive hemoptysis: an update on the role of bronchoscopy in diagnosis and management. *Respiration*. 2010;80(1):38-58.
10. Fidan A, Ozdoğan S, Oruç O, et al. Hemoptysis: a retrospective analysis of 108 cases. *Respir Med* 2002; 96: 677-80.
11. Unsal E, Köksal D, Cimen F, ve ark. Analysis of patients with hemoptysis in a reference hospital for chest diseases. *Tuberk Toraks*. 2006;54(1):34-42.
12. Koca H, Özden SF, Güldaval F, Özacar R. Hemoptizi: 311 Olguluk Bir Retrospektif Analiz. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2008;3:65-71.
13. Miller RR, McGregor DH. Hemorrhage from carcinoma of the lung. *Cancer* 1980;46:200.
14. Fartoukh M, Khalil A, Louis L, et al. An integrated approach to diagnosis and management of severe haemoptysis in patients admitted to the intensive care unit: a case series from a referral centre. *Respir Res*. 2007;8:11.
15. Knott-Craig CJ, Oosthuizen G, Rossouw G, et al. Management and prognosis of massive hemoptysis: recent experience with 120 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993;105:394-7.
16. Marshall TJ, Flower CD, Jackson JE., The role of radiology in the investigation and management of patients with haemoptysis. *Clin Radiol* 1996;51:391-400.

17. Gershman E, Guthrie R, Swiatek K, Shojaee S. Management of hemoptysis in patients with lung cancer. *Ann Transl Med* 2019;7(15):358.
18. Yoneda KY, Colt H, Stollenwerk NS. Lung cancer emergencies. In: *The IASLC Multidisciplinary approach to Thoracic Oncology*. Eds Pass HI, Ball DB; Scagliotti CV, Colorado 2014: 815-38.
19. Freitag L, Tekolf E, Stamis G, et al. Three years experience with a new balloon catheter for the management of haemoptysis. *Eur Respir J* 1994;7:2033-7.
20. Bhattacharyya P, Dutta A, Samanta AN, Chowdhury SR. New procedure: bronchoscopic endobronchial sealing; a new mode of managing hemoptysis. *Chest* 2002;121: 2066-2069.
21. Morice RC, Ece T, Ece F, Keus L. Endobronchial argon plasma coagulation for treatment of hemoptysis and neoplastic airway obstruction. *Chest*. 2001;119(3):781-7.
22. Swanson KL, Johnson CM, Prakash UBS et al. Bronchial artery embolization: Experience with 54 patients. *Chest* 2002;121:789-95.
23. Uflacker R, Kaemmerer A, Neves C, et al. Management of massive hemoptysis by bronchial artery embolization, *Radiology* 1983;146:627-634.
24. Hayakawa K, Tanaka F, Torizuka T, et al. Bronchial artery embolization for hemoptysis: immediate and long-term results. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 1992;15(3):154-8.
25. Brunicaudi FC. *Schwartz's principles of surgery*. 8th ed. New York:McGraw-Hill, Health Pub. Division;2005.
26. Yoon W, Kim JK, Kim YH, et al. Bronchial and nonbronchial systemic artery embolization for life-threatening hemoptysis: a comprehensive review. *Radiographics* 2002;22:1395-409.
27. Andrejak C, Parrot A, Bazelly B et al. Surgical lung resection for severe hemoptysis. *Ann Thorac Surg* 2009;88:1556-65.
28. Metin M, Toker A, Sayar A et al. Physiological exclusion for massive hemoptysis: When? *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;20:1065-69.