

BÖLÜM 11

HEMOPTİZİ

Umut UYAN¹

GİRİŞ

Hemoptizi, akciğer parankimi veya hava yollarından kanın ekspektorasyonu olarak tanımlanır. Kaybedilen kan miktarına göre geleneksel olarak masif olmayan ve masif hemoptizi olarak sınıflandırılmıştır. Masif hemoptizi, 100–600 mL arasında değişen kan kaybı olarak tanımlanmıştır. Masif hemoptizi, hemoptizi vakalarının sadece %5'ini oluştursa da, %50'den fazla ilişkili mortalite ile endişe verici bir semptomdur (1,2). Kanamaların %90'ı bronşial arter siteminden, %5'i bronşial olmayan sistemik arter ve aorttan, %5'i düşük basınçlı pulmoner arterlerden kaynaklanır.

Gerçek Hemoptizi ve Yalancı Hemoptizi

Kan ekspektorasyonu ile başvuran bir hastayı değerlendirirken, kanamanın kaynağı belirlenmeli ve hastanın gerçek hemoptizi mi yoksa yalancı hemoptizi mi olduğu belirlenmelidir.

Yalancı hemoptizinin etiyojileri arasında üst solunum yolları ve üst gastrointestinal sistem bulunur (6,7).

ETYOLOJİ

Enfeksiyonlar

Tüberküloz, Bronşiektazi, Akut ve kronik bronşit, Alt solunum yolu enfeksiyonları, Akciğer absesi, Mantar enfeksiyonları(en sık aspergilloz)

¹ Uzm.Dr., Ödemiş Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, drumutuyan@hotmail.com

TEDAVİ

Spesifik tedavi

Öksürüğün etyolojisine yönelik tedavidir. Tanısal algoritmaya göre yüksek oranda tespit edilen öksürüğün etyolojisine yönelik bu tedavi %84-98 oranında başarılı olur(12).

Nonpesifik tedavi

Öksürük etyolojisine yönelik olmayan, semptomları azaltıcı tedavidir. İdiyopatik ve etyolojiye yönelik tedavinin yapılamadığı durumlarda uygulanır. Bu tedavide genellikle kodein, dekstrometorfan, dekstrofeniramin ve psödoefedrin kullanılır ve tedavinin başarı oranı düşüktür.

KAYNAKLAR

1. Weinberger SE, Lipson DA. Cough and hemoptysis. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al., editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. pp. 225–8.
2. Bidwell KL, Pachner RW. Hemoptysis: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2005;72:1253–1260
3. Cahill BC, Ingbar DH. Massive hemoptysis. Assessment and management. *Clin Chest Med*. 1994;15:147-67.
4. Harrison TR, Braunwald E. Hemoptysis. In: *Harrison's Principles of internal medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill, 2001:203–6.
5. Corder R. Hemoptysis. *Emerg Med Clin North Am*. 2003;21:421-35.
6. Camacho JR, Prakash UB. 46-year-old man with chronic hemoptysis. *Mayo Clin Proc*. 1995;70:83-6.
7. Chung KF, Pavord ID. Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough. *Lancet*. 2008;371(9621):1364-137
8. Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. *N Engl J Med*. 2000;343(23):1715-1721.
9. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al.; American College of Chest Physicians (ACCP). Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129(1 suppl):1S-23S.
10. Madison JM, Irwin RS. Cough: a worldwide problem. *Otolaryngol Clin North Am*. 2010;43(1):1-13.
11. Irwin RS, Widdicome J. Cough. In: Murray JF, Nadel JA (eds); *Textbook of Respiratory Medicine*. WB Saunders Company, New York. 2000; pp:553-66.
12. Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, et al. Managing cough as a defence mechanism and as a symptom. A consensus panel report of the American College of the Chest Physicians. *Chest* 1998;114(Suppl):133S-181S.
13. Morice AH and Committee Members (ERS Task Force). The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir j* 2004;24:481-92.
14. Yılmaz A, Erkan F. Kronik öksürük: Sistemik tanısal yaklaşım. *Toraks Dergisi* 2002;3:329-34.