

KLİNİĞİMİZE HEMOPTİZİ ŞİKÂyeti İLE BAŞVURAN HASTALARDA HEMOPTİZİ ETYOLOJİLERİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

ETIOLOGIES AND TREATMENT APPROACHES OF HEMOPTYSIS IN PATIENTS WHO APPLY TO OUR CLINIC WITH HEMOPTYSIS

Aydın BALCI, Şule ÇİLEKAR, İbrahim Güven COŞKUN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZ

AMAÇ: Hemoptizi pulmoner veya bronşiyal vasküler sistemden kaynaklanan kanamaların sonucu olarak akciğer veya bronşlardan gelen kanın tükürülmesidir. Birçok hastalık için önemli bir ipucu olabilmektedir. Bazı durumlarda da zamanında ve etkili müdahale olmaz ise ölümcül sonuçlar doğurabilir. Çalışmamızda kliniğimizde 3 yıllık süre içinde hemoptizi şikâyeti ile takip edilen vakalara yaklaşımımız ve bu vakaların etiyolojilerini literatür eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız retrospektif dosya taraması şeklinde planlandı. Hastanemizde, göğüs hastalıkları kliniğinde son 3 yıllık süre (Ocak 2017-Ocak 2020) içinde çeşitli nedenlerle yatırılarak takip edilen toplam 3150 hastadan, hemoptizi tarifleyen ve yeterli dosya bilgisine ulaşılan 200 (%6,34) hasta çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR: Hastaların hemoptizi etiyolojileri değerlendirildiğinde en sık etiyolojik faktörün 63 (%31,5) akciğer kanseri olduğu görüldü. PA akciğer grafisi 32 (%16) hastada normal, 168 (%84) hastada diğer akciğer hastalıkları (Bronşiektazi, organize pnömoni, tüberküloz v.b.) saptandı. Bilgisayarlı tomografi (BT)'de saptanan en sık patolojik bulgu 90 (%45) hastada konsolidasyon (infiltrasyon) idi.

SONUÇ: Hemoptizi şikâyeti ile başvuran hastalarda doğru klinik süreçler (anamnez, klinik ve radyolojik bulgular ile gerekirse invaziv ileri tanı teknikleri) kullanıldığında tanıya ulaşma olasılığı bizim çalışmamızda olduğu gibi %90'ın üzerine çıkmaktadır. Bu yüzden Klinik ve radyolojik bulgulara fiberoptik bronkoskopi (FOB) kullanımının eklenmesi, hemoptizi tanı ve tedavisinde daha faydalı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELE: Hemoptizi, Fiberoptik bronkoskopi, Hemoptizi etiyolojisi

ABSTRACT

OBJECTIVE: Hemoptysis is the act of spitting blood from the lungs or bronchi as a result of bleeding from the pulmonary or bronchial vascular system. It can be an important indication of many diseases. In some cases, if timely and effective treatment is not possible, it might have fatal consequences. In our study, we aimed to evaluate our approach to cases followed up with the complaint of hemoptysis in our clinic for three years and to evaluate the etiology of these cases in the light of the literature.

MATERIAL AND METHODS: Our study was planned as retrospective file scanning. Out of 3150 total patients who were hospitalized into the chest disease clinic of our hospital for various reasons during the last three years (January 2017- January 2020), 200 (6.34%) patients describing hemoptysis and having sufficient file information were included in the study.

RESULTS: Lung cancer was found to be the most common etiological factor in 63 (31.5%) patients after the evaluation of the hemoptysis etiologies of them. 168 (84%) patients were diagnosed with other lung diseases (bronchiectasis, organized pneumonia, tuberculosis, etc.) and 32 (16%) patients had normal PA chest x-ray results. The most common pathological finding detected through computed tomography (CT) was consolidation (infiltration) in 90 (45%) patients.

CONCLUSIONS: The probability of reaching the correct diagnosis is above %90 in the literature as in our study when the correct procedures (anamnesis, clinical and radiological findings, and invasive advanced diagnostic techniques) were applied to the patients with hemoptysis complaints. Therefore, adding the use of Fiberoptic Bronchoscopy (FOB) to the clinical and radiological findings will be more beneficial on diagnosis and the treatment of hemoptysis.

KEYWORDS: Hemoptysis, Fiberoptic bronchoscopy, Etiology of hemoptysis

Geliş Tarihi / Received: 11.03.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 13.07.2020

Yazışma Adresi / Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Dr. Aydın BALCI

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

E-mail: draydnbalc@gmail.com

Orcid No (Sırasıyla): 0000-0002-6723-2418, 0000-0001-8659-955X, 0000-0001-7365-8089

GİRİŞ

Hemoptizi, akciğer veya bronş kaynaklı kan tükürme olarak tanımlanır. Klinik pratikte hemoptizi yakından takip edilmesi gereken önemli bir semptomdur. Üst solunum yolundan kaynaklanan kanamalara psödohemoptizi denilerek hemoptizi tanımının dışında tutulur (1). Hemoptizi miktar olarak hafif, orta veya şiddetli olarak tanımlanmaktadır. Hafif hemoptizi 24 saatte <100 mL, orta hemoptizi 24 saatte 100-600 mL ve şiddetli veya masif hemoptizi > 600 mL/ 24 saatte olarak tanımlanır. Hastalarının çoğunda hemoptizi miktarı minimal iken, %5 den azında hayati tehlikeye neden olan ve acil müdahale gerektirecek kadar şiddetli olan masif hemoptiziye sahiptir (2). Ayrıca tek başına büyük miktarda kan ekspektorasyonunun masif hemoptizi olarak tanımlanması ile birlikte, hastanın hayatını tehlikeye sokacak kadar çok kan miktarı şiddetli hemoptizinin doğru ve fonksiyonel bir tanımı olabilir (3, 4). Hava yoluna kaçarak asfiksiye neden olmasının yanında, kardiyovasküler kollapsa neden olacak kadar çok kan kaybı genellikle ölüme neden olur. Tedavi edilemeyen masif hemoptiziden kaynaklanan mortalite oranı genellikle %50'den fazladır (5). Kırk-altmış yaş arası hastalarda hemoptizinin en sık nedeni akciğer kanseridir ve yine bu yaş grubunda özellikle sigara içenlerde malignite riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (6). Ülkemizde hemoptizi nedenleri arasında tüberküloz, akciğer kanseri ve bronşektazi ilk sıradadır (7). Bu çalışmada amacımız, üç yıllık dönemde kliniğimizde yatarak takip edilen ve hemoptizi tanımlayan hastaların etiyolojik faktörlerini araştırmak ve bulgularımızı literatür eşliğinde tartışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Hastanemiz göğüs hastalıkları kliniğinde son 3 yıllık dönemde çeşitli nedenlerle yatırılarak takip edilen toplam 3150 hastadan hemoptizi tarifleyen ve yeterli dosya bilgisine ulaşılan 200 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, klinik, radyolojik, laboratuvar bulguları ile bronkoskopi yapılmış olanlarda fiberoptik bronkoskopi (FOB) bulguları, akciğer bilgisayarlı tomografisi (BT) bulguları ve kanama miktarları (masif, nonmasif) kaydedildi. Verilerin analizi SPSS v20 programı ile değerlendirildi.

Veriler ortalama \pm standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtildi.

ETİK KURUL

Çalışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Kurulundan 2020/48 sayılı kararı ile onay alınmıştır.

BULGULAR

Üç yıllık dönemde hastanemiz göğüs hastalıkları kliniğinde takip edilen 3150 hastadan, hemoptizi tarifleyen 200 (%6,34) hasta değerlendirildi. 157 (%78,5)'ü erkek ve 43 (%21,5)'si kadın olup, yaş ortalaması $58,6 \pm 15,4$ yıl idi. Hastaların 136 (%68)'i sigara kullanırken 64 (%32)'ü sigara kullanmadığını ifade etti.

Hastaların hemoptizi miktarları değerlendirildiğinde 123 (%61,5) hastada hafif hemoptizi, 63 (%31,5) hastada orta (submasif) hemoptizi, 14 (%7) hastada masif hemoptizi bulgularına rastlandı.

Solunum sistemi fizik muayenesinde elde edilen patolojik muayene bulguları sıklık sırasıyla 125 hastada (%62,5) ral, 56 hastada (%28) ronküs, 20 hastada (%10) solunum seslerinde azalma ve 30 hastada (%15) ise ekspiryumda uzama şeklindeydi.

İlk başvuru sırasında çekilen posteroanterior akciğer grafilerine (PAAG) bakıldığında hastaların tümünde ilk tanı yöntemi olarak PAAG istendiği görüldü. PAAG bulgularının 32 (%16) hastada normal, 168 (%84) hastada ise patolojik olduğu saptandı. Saptanan patolojik bulgular incelendiğinde 97 hastada (%48,5) konsolidasyon (infiltrasyon), 56 hastada (%28) kitle görünümü, 31 (%15,5) hastada hiler dolgunluk, 28 (%14) hastada kavite ve 17 (%8,5) hastada ise plevral efüzyon olarak belirlendi (**Tablo 1**).

Tablo 1: Akciğer grafisi bulguları

Postero-anterior akciğer grafisi bulguları	n	%
İnfiltrasyon (konsolidasyon)	97	48,5
Kitle	56	28
Hiler dolgunluk	31	15,5
Kaviter lezyon	28	14
Plevral efüzyon	17	8,5
Normal	32	16
Toplam		

*Aynı olguda birden fazla patolojik bulgu olabilir.

200 hastadan 192 (%96)'sinde bilgisayarlı tomografi (BT) bilgilerine ulaşıldı; bu hastaların 30 (%15)'inde BT bulguları normal idi. BT'de saptanan patolojik bulgular sırası ile 90 hastada (%45) konsolidasyon (infiltrasyon), 73 (%36,5) hastada kitle, 41 (%20,5) hastada kavite, 28 (%14) hastada plevral efüzyon, 28 (%14) hastada mediastinal lap, 19 (%9,5) hastada bronşektazi, 10 (%5) hastada pulmoner emboli ve 6 (%3) hastada ise kistik lezyon olarak tespit edildi (**Tablo 2**).

Tablo 2: Bilgisayarlı Tomografi Bulguları

Tomografi Bulguları	n	%
Konsolidasyon	90	45
Kitle	73	36,5
Kavite	41	20,5
Plevral Efüzyon	28	14
Mediastinal Lap	28	14
Bronşektazi	19	9,5
Pulmoner emboli	10	5
Kistik lezyon	6	3

*Aynı olguda birden fazla patolojik bulgu olabilir.

Klinikte hemoptizi nedeni ile izlenen 200 hastanın 111 (%55,5)'ine fiberoptik bronkoskopi (FOB), 1'ine (%0,5) rijid bronkoskopi yapılmıştır. Bu incelemede 22 hastada (%11) endobronşiyal sistem de aktif kanama bulguları izlenmişken, 178 hastada (%89) patolojik bulgu saptandı. Bu hastaların 11'ine (%5,5) bronkoskopik tedavi, 6 (%3)'sine cerrahi tedavi, 1'i (%0,5) hasta da dış merkeze embolizasyon tedavisi için yönlendirilmiştir. Hastaların 89 (%44,5)'ine semptomatik tedavi uygulanmış ve 93 hasta (%46,5) ise sadece takibe alınmıştır. Takibe alınan hastaların 77'inde (%38,5) tekrarlayan hemoptizi şikayeti mevcut idi. Hastaların hemoptizi etyolojileri değerlendirildiğinde en sık etyolojik faktörün 63 (%31,5) hasta ile akciğer kanseri olduğu görüldü ve sırası ile diğer etyolojik faktörler olarak 40 (%20) hastada pnömoni, 24 (%12) hastada aktif tbc ve tbc sekeli, 18 (%9) hastada bronşektazi saptanırken, 23 (%11,5) hastada etyolojik faktör saptanamamıştır. Tanı konulan hastalardan 2'sinde hemoptizi nedeni pulmoner aspergilloma saptanırken, 6 (%3) hastada ise coumadin over doz nedeni ile oluşan hemoraji izlendi (**Tablo 3**).

Tablo 3: Hastalarımızdaki hemoptizi etyolojileri

Hemoptizi Etiyolojisi	N	%
Akciğer Kanseri	63	31,5
Pnömoni	40	20
Bronşektazi	18	9
Aktif Tüberküloz	15	7,5
Sekel Tüberküloz	9	4,5
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	7	3,5
Pulmoner Emboli	6	3
İlaça Bağlı Kanama	6	3
Kist Hidatik	5	2,5
Konjestif kalp yetmezliği	2	1
Pulmoner Aspergilloma	2	1
Metastaz	1	0,5
Akut Bronşit	1	0,5
Vaskülit	1	0,5
Pulmoner hipertansiyon	1	0,5
Sebabi Bilinmeyen (idiyopatik)	23	11,5
Toplam	100	100

Tüm hastalar değerlendirildiğinde tanıya ulaşmada en fazla klinik ve radyolojik bulgular ile FOB kullanıldığı belirlendi.

TARTIŞMA

Hemoptizi, genelde hastalarda panik durumuna yol açan ve acilen bir sağlık kuruluşuna başvurmalarına neden olan bir durumdur. Göğüs hastalıkları acilleri arasında yer alan hastalıklarının önemli semptomlarından biridir. Bobrowitz ve ark. göğüs kliniğinde yatan hastaların %11'inden hemoptizinin sorumlu olduğunu bildirmişlerdir (8). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak göğüs hastalığı kliniğimize yatan hastaların hemoptizi yakınması ile başvuran hastalardan oluşmaktaydı.

Hemoptizi tanısı için standart PAAG, Bilgisayarlı tomografi (BT) ve Fiberoptik bronkoskopi (FOB) en yaygın kullanılan tanı yöntemleridir (9). BT ve FOB'un tanısallık anlamda birbirlerine avantaj ve dezavantajları olsa da en iyi sonuç iki yöntemin kombinasyonu ile ortaya çıkmaktadır. FOB'un en önemli avantajı aynı ise hem tanısallık hemde tedavi edici bir yöntem de olabilmesidir (10).

Özgül ve ark. nın çalışmasında hastaların %55,2'sine FOB yapılmış ve 31 (%27,7) hastada ise patolojik bronkoskopi bulguları gözlemedikleri belirtilmiştir (11). FOB'un özellikle masif hemoptizi olmak üzere hemoptizinin teşhis ve tedavisinde önemli rol oynadığını ancak diğer teşhis yöntemlerinin de gerekli olduğu belirtilmiştir.

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada 143 hemoptizili hastanın %32'sine FOB uygulanmış ve yukarıdaki çalışmadan farklı olarak hastaların %67,4'ünde lokalize kanama odakları tespit edilmiştir (12). Doğan T. ve ark. ise çalışmasında 59 hastanın 25'ine (%42,4) bronkoskopik inceleme yapmışlar ve 23 hastada (%92) patolojik bulgu saptamışlar (13). Bizim çalışmamızda ise 200 hastanın 111 (%55,5)'ine fiberoptik bronkoskopi (FOB), birine rijid bronkoskopi yapılmıştır. Bu incelemede 22 (%11) hastada endobronşiyal sistem de aktif kanama bulguları izlenmiştir. Bizim bulgularımız literatürdeki bulgulara benzemekte olup FOB'un özellikle akciğer kanserlerinin ve hemoptizinin teşhisinde ve tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri olduğunu bir kez daha göstermektedir.

Özgül ve ark. standart akciğer grafisi ile BT bulgularını birlikte değerlendirdikleri bir çalışmada, hastaların %22,7'inde kavite, %15,8'inde yamalı infiltrasyon, %15,3'inde kitle ve %8,9'unda konsolidasyon tespit etmişler (11). Çalışmamızda aynı şekilde değerlendirme yaptığımızda ise konsolidasyon (%45) ve kitle (%36,5) daha sık gözlenirken kavite (%20,5) az görülmekteydi (Tablo 1). BT' de saptanan patolojik bulguların yaklaşık yarısı konsolidasyon idi (Tablo 2).

Tsoumakidou ve ark. yaptıkları bir çalışmada, hemoptizi hastaların tanısı konulurken en sık standart akciğer grafisi (%100) kullanılmış olup BT (%85) ve FOB (%70) ise daha az oranda kullanılmıştır (14). Ünsal ve ark. hemoptizili hastalarda tanı için en sık radyolojik tetkikler (standart akciğer grafisi ve akciğer tomografisi), FOB ve balgam tetkiklerini kullandıklarını belirtmişlerdir (12). Bizim çalışmamızda aynı şekilde klinik, laboratuvar, radyolojik tetkikler (standart akciğer grafisi ve BT) FOB ve balgam tetkiklerinden yararlanılarak tanı konuldu (Tablo 3).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda bronşektazi, bronş karsinomu ve tüberküloz hemoptizinin en sık saptanan nedenlerini oluşturmaktadır (11 - 13, 15, 16). Çelik ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hemoptizi nedenleri arasında ilk üç sırayı bronş karsinomu, pnömoni ve bronşektazinin aldığını bildirmişlerdir (12). Ancak yapılan farklı bir çalışmada, hemoptizi etyolojisinin, günümüzde kısmen değiştiği ve bronşektazi ile tüberküloza bağlı hemoptizilerin azalmasına karşın bronşite bağlı hemoptizilerin arttığı bildirilmiştir (16).

Bizim çalışmamızda ise tanı konulan hastalarda hemoptizi nedeni olarak ilk üç sırayı 63 (%31,5) akciğer karsinomu, 40 (%20) pnömoni, 18(%9) bronşektazi ve 15 (%7,5) tüberküloz almaktaydı. Bu veriler literatürdeki bilgilerle paralellik taşımaktadır. Birçok literatürün sonuçlarına göre bu dört hastalığın ülkemizde ve bölgemizde hemoptizi etyolojisinde ağırlıklı rol oynadığı bildirilmektedir. Fakat bazı gelişmiş ülkelerden bildirilen hemoptizi çalışmalarında etyolojide akut veya kronik bronşitin ilk sıralarda yer alması dikkat çekicidir (14, 17).

Gelişmiş ülkelerde hemoptizili hastada akut bronşit, bronşektazi ve enfeksiyon saptanmakla (17) beraber pnömoni, bronşektazi ve tbc ise gelişmekte olan ülkelerde hala önemli bir sorun gibi görünmektedir.

SONUÇ

Hemoptizi; zemininde farklı faktörler bulunduğu ve mortalitesi yüksek seyredilebilen ve miktarı ne olursa olsun, muhakkak ayırıcı tanıya gidilmesi ve önem verilmesi gereken bir semptomdur. Hemoptizi şikayeti ile başvuran hastalarda doğru klinik algoritma (anamnez, klinik ve radyolojik bulgular ile diğer ileri tetkikler) kullanıldığında doğru tanıya ulaşma olasılığı bizim çalışmamızda olduğu gibi yükselmektedir.

KAYNAKLAR

1. Jeudy J, Khan AR, Mohammed TL, et al. ACR Appropriateness Criteria hemoptysis. J Thorac Imaging 2010;25: 67-9.
2. Lordan JL, Gascoigne A, Corris PA. The pulmonary physician in critical care. Illustrative case 7: Assessment and management of massive haemoptysis. Thorax 2003; 58:814-9.
3. 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.
4. Jean-Baptiste E. Clinical assessment and management of massive hemoptysis. Crit Care Med 2000; 28:16427.
5. Chun JY, Morgan R, Belli AM. Radiological management of hemoptysis: a comprehensive review of diagnostic imaging and bronchial arterial embolization. Cardiovasc Intervent Radiol 2010; 33:240-50.
6. Fishman AP. Approach to the patient with respiratory symptoms. In: Fishman AP, ed. Fishman's pulmonary diseases and disorders. New York: McGraw-Hill, 1998: 361-94.
7. Fidan A, Ozdogan S, Oruc O, Salepci B, Ocal Z, Caglayan B. Hemoptysis: A retrospective analysis of 108 cases. Respir Med 2002; 96: 677-80.
8. Ekim N, Türктаş H."Göğüs Hastalıkları Acilleri 1 st ed." Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2000: 241-6.
9. Yoon W, Kim JA, Kim YH, Chung TW, Kong HK. Bronchial and nonbronchial systemic artery embolization for life-threatening hemoptysis: a comprehensive review. Radiographics 2002; 22: 1395-409.
10. Abal AT, Nair PC, Cherian J. Haemoptysis: aetiology, evaluation, and outcome - a prospective study in a third-world country. Respir Med 2001; 95: 548-52.
11. Özgül MA, Turna A, Yıldız P, Ertan E, Kahraman S, Yılmaz V. Risk factors and recurrence patterns in 203 patients with hemoptysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2006; 54: 243-8.
12. Ünsal E, Köksal D, Çimen F, Hoca NT, Şipit T. Analysis of patients with hemoptysis in a reference hospital for chest diseases. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2006; 54: 34-42.

- 13.** Doğan T, Berk S, Akkurt İ. Etiological factors in hemoptysis. Cumhuriyet Med J 2010; 32:48-53.
- 14.** Tsoumakidou M, Chrysofakis G, Tsiligianni I, Maltezakis G, Siafakas NM, Tzanakis N. Prospective Analysis of 184 Hemoptysis Cases – Diagnostic Impact of Chest X-Ray, Computed Tomography, Bronchoscopy. Respiration 2006; 73:808-14.
- 15.** Çelik P, Gönlügür U, Akın M, Orman A. Hemoptizili Olgularımızın Analizi. Heybeliada Tıp Bülteni 1997; 3: 45-8.
- 16.** Şenyiğit A, Bayram H, Asan E, Bukte Y, Topçu F. Akciğer Radyografisi Normal Saptanan Hemoptizili Olgularda Fiberoptik Bronkoskopi ve Yüksek Rezolüsyonlu Bilgisayarlı Tomografinin Tanıdaki Deđeri. Solunum Hastalıkları 2001; 12:123-128.
- 17.** Seki N, Shiozaki G, Ota M. Risk Factors for a Second Episode of Hemoptysis. Clinical Medicine: Circulatory Respiratory and Pulmonary Medicine 2009; 3:1-7.