

Savaş Mağdurlarında Nekrotizan Pnömoni: İki Olgu Sunumu

Necrotising Pneumonia in War Victims: Two Case Reports

Ibrahim Koc¹, Abdulaziz Kaya², Yusuf Dogan³, Serdar Dogan⁴

¹Viranşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

²Viranşehir Devlet Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

³Viranşehir Devlet Hastanesi Mikrobiyoloji, Şanlıurfa, Türkiye

⁴Viranşehir Devlet Hastanesi Biyokimya, Şanlıurfa, Türkiye

ÖZET

Nekrotizan pnömoni toplum kökenli pnömoni seyri sırasında akciğer parankiminin nekroze olması sonucu gelişir. Pnömonisi olan hastada ateşin uzun süre devam etmesi ve klinik tablonun bozulması şüphe uyandırmalıdır. Kaviteasyonla seyretmesi, tedaviye geç cevap vermesi ve kültürde çoğunlukla üreme olmaması hem tüberküloz gibi kaviteasyonla seyreden hastalıklar arasında ayırıcı tanıda hem de tedavide problem oluşturmaktadır. Burada Suriye'de iç savaştan kaçarken nekrotizan pnömoni gelişen iki olgu sunulmaktadır. İlk olgu otuzlu yaşlarda yağmur altında ıslandıktan sonra nekrotizan pnömoni gelişen ve yaklaşık 3 ay tedavi alan bir bayan olgu, ikincisi ise altmış yaşında pnömoni gelişen ve iki ay tedavi alan bir erkek olgudur.

Anahtar kelimeler: Kavite, Nekroz, Pnömoni

ABSTRACT

Necrotising pneumonia develops as a result of necrosis of lung parenchyma during the course of community acquired pneumonia. Long-term fever on patient with pneumonia and deterioration of clinical condition should alert suspicion. Course with cavitation, late response to treatment and no isolation with culture causes problems in treatment and differential diagnosis among diseases like tuberculosis. Here we present two cases of necrotising pneumonia which emerged while running from Syrian civil war. The first case is a female at her thirties at whom necrotising pneumonia has emerged after getting wet under rain and received treatment for three months. Second case is a male at his sixties who received treatment for two months.

Key words: Cavity, Necrosis, Pneumoni

Gönderme tarihi / Received: 06.12.2014 **Kabul tarihi / Accepted:** 01.02.2015

İletişim: Uzm. Dr. İbrahim Koç, Viranşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

Tlf: (545) 3142502 **E-posta:** ibrahimkoc1981@gmail.com

GİRİŞ

Nekrotizan pnömoni toplum kökenli pnömoni seyri sırasında akciğer parankiminin nekroze olması sonucu gelişir. Bakteriyel pnömoni gelişen hastaların bir kısmında uygun antibiyoterapiye rağmen hastalık progrese olabilmekte ve olay nekrotik süreçte ilerleyebilmektedir. Bu olgularda hastalık hızlı bir şekilde kötüleşme eğiliminde olup hastalarda solunum sıkıntısına yol açabilmektedir. Bakteriyel pnömoni olgularının çoğunda

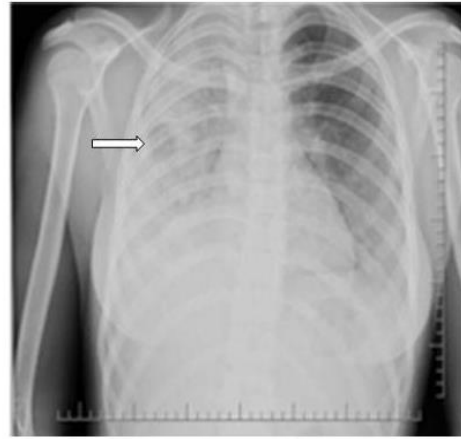
etiyojik ajan sıklıkla saptanamaz. Etken saptanan olgulardan sık olarak Streptococcus pneumoniae, daha nadir olarak da Staphylococcus aureus ve Streptococcus pyogenes sorumludur. Pnömonisi olan hastada ateşin uzun süre devam etmesi ve klinik tablonun kötüleşmesi şüphe uyandırmalıdır. Altta yatan sebepler arasında bireysel predispozan faktörler olabileceği gibi mikroorganizmanın virülansı da önemli rol

oynamaktadır. Tutulum akciğerin herhangi bir yerinde olabilir ancak nekroz daha çok sağ orta ve alt loblar ile sol alt lobda görülmektedir (1). Kaviteyle seyretmesi, tedaviye geç cevap vermesi ve kültürde çoğunlukla üreme olmaması hem tüberküloz gibi kaviteyle seyreden hastalıklar arasında ayırıcı tanıda hem de tedavide problem oluşturmaktadır. Burada kliniğimizce takip edilen farklı zaman dilimlerinde nekrotizan pnömoni saptanan ve tedavilerinin ardından sekelsiz iyileşen iki olgu sunulmaktadır.

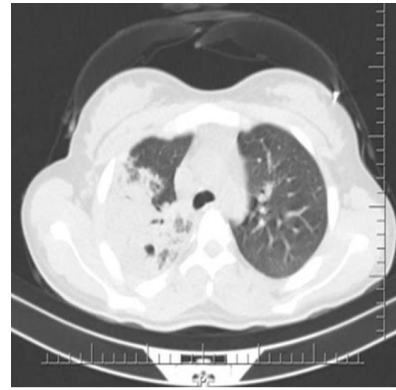
OLGU 1

Otuz yaşında bayan hasta kliniğimize ateş, öksürük ve kanlı balgam çıkarma şikayetleri ile başvurdu. Yapılan sorgulamasında yaklaşık 3 gün önce Suriye'den savaştan kaçarken şiddetli yağmur altında ısladığı ve şikâyetlerinin sonra başladığı öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopere olan hastada dinlemekle sağ akciğerde yaygın ral mevcuttu. Ateş 38°C, solunum sayısı 20/dk, kalp hızı 100/dk, saturasyonu oda havasında %88 idi. Çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde orta zonda kaviter lezyon, sağ sinüsü kapalı ve yaygın infiltrasyon izlendi (Şekil 1). Toraks BT'de sağ orta ve alt lobda pnömoni ile uyumlu olarak hava bronkogramları izlendi (Şekil 2). Hasta pnömoni ön tanısı ile göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Lokal anestezi altında torasentez yapıldı. 20 cc seröz vasıfta sıvı alındı. Hastaya seftriakson 1 gr 2x1 intravenöz, klaritromisin 500 mg 2x1 oral başlandı. Hasta tüberküloz yönünden değerlendirildiğinde gönderilen 4 balgamın ehrlich-ziehl-neelsen boyama yöntemi ile boyandığında sonucun negatif olduğu ve kültüründe üreme olmadığı görüldü. Hastaya 3x1 gr meropenem başlandı.

48 saat sonra ateşi düşen genel durumu düzelen hasta takiplerinde taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde oral antibiyoterapiye rağmen kaviter lezyonların yaklaşık 2 ay sebat ettiği 3. ayda tamamen gerilediği görüldü.



Şekil 1. Çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde orta zonda kaviter lezyon (ok), sağ sinüsü kapalı ve yaygın infiltrasyon izlendi.

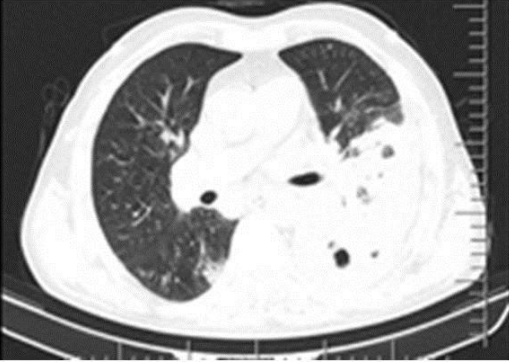


Şekil 2. Akciğerin bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğerde pnömonik konsolidasyonla beraber yer yer nekrotik alanlar mevcut.

OLGU 2

İkinci olgumuz 60 yaşında erkek hasta kliniğimize ateş, öksürük ve bol miktarda balgam çıkarma şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinde 1 hafta önce Suriye'den savaştan kaçarken soğuk havada uzun süre dışarda kaldığı ve sonrasında

şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Dinlemekle sol akciğerde yaygın ral ve alt zonda perküsyonda matite mevcuttu. Ateş 38,5°C, solunum sayısı 22/dk, kalp hızı 110/dk, saturasyonu oda havasında %80 idi. Toraks BT’de sol akciğerde pnömonik konsolidasyon ve kaviter/nekrotik alanlar ve plevral efüzyon izlendi. (Şekil 3). Hasta pnömoni ön tanısı işe yoğun bakım ünitesine alındı. Seftriakson 1 gr 2x1 intravenöz (iv), oral klaritromisin 500 mg 2x1 başlandı. Lokal anestezi altında torasentez yapıldı 15 cc kadar seröz vasıfta sıvı alındı. Sıvısı eksuda vasfında olan ateşi devam eden hastaya boşaltıcı torasentez yapıldı 500 cc kadar sıvı drene edildi. Balgam ve plevral sıvı ehrlich-ziehl-neelsen boyama yöntemi ile boyandığında sonucun negatif olduğu ve kültüründe üreme olmadığı görüldü. Yaklaşık 14 günlük antibiyoterapi sonrası hastanın genel durumu ve laboratuvar değerlerinde düzelme olduğu görüldü. Taburculuğundan sonra yaklaşık 2 ay kadar ayaktan tedavi sonunda tam iyileşme olduğu görüldü.



Şekil 3. Akciğerin bilgisayarlı tomografisinde sol akciğerde pnömonik konsolidasyonla beraber yer yer nekrotik-kaviter alanlar izlenmekte.

TARTIŞMA

Nekrotizan pnömoni bakteriyel akciğer enfeksiyonunun nadir komplikasyonlarından. Genellikle çocuklarda toplum kökenli pnömoninin komplikasyonu olarak ortaya çıkmakta ve yetişkinlerde daha nadir görülmektedir (1,2). Nekrotizan pnömoni parankimal multipl nekrotik alanlarla beraber pnömonik konsolidasyon ile karakterizedir. Bu nekrotik alanlar birleşme eğiliminde olabilir, lokalize olduğunda ebseye dönüşebilir veya tüm bir lobu etkilediğinde gangrene ilerleyebilir (3). Etkilenen alan yamalı infiltrat, segment, tek lob ve hatta tüm bir akciğer olabilmektedir (4). Nekrotizan pnömoni çocuklarda sık görülmele beraber yetişkinlerde daha çok alta diyabet, alkol bağımlılığı ve kortikosteroid kullanımı gibi durumların olduğu yetişkinlerde de görülebilmektedir (5).

İlk olgumuz 30 yaşlarında daha önceden bilinen herhangi bir hastalığı olmayan bir bayan hasta idi. Savaşta bombardıman esnasında yağmur altında kaçarken ıslandıktan sonra şikayetleri başlamış ve kliniğimize başvurusunda pnömoni ile uyumlu bulgulara rastlanmıştır. Kaviter- nekrotik alanların olması tedaviye geç cevap vermesi ayırıcı tanılar arasında tüberkülozu da düşünmemize yol açtı. Ancak balgam ARB’leri (aside dirençli basil) ve tüberküloz kültürü negatif olarak raporlandı. Takiplerinde klinik olarak cevap alındıysa da radyolojik olarak kaviter lezyonlar yaklaşık 3 ay sebat etti. İkinci olgumuz ise 60 yaşında erkek hasta 30 paket-yıl sigara kullanım hikayesi olan ancak bilinen kronik bir hastalığı olmayan bir hasta idi. Yapılan değerlendirmelerde nekrotizan pnömoni düşünülen hastanın lezyonları 2 ay kadar sebat etti. Bu olgumuzda da balgam kültüründe üreme olmadı.

Nekrotizan pnömonilerde çoğu zaman akciğer grafileri ile tanı konya da dens lobar konsolidasyon ve plevral efüzyon varlığı olgularımızda olduğu gibi bazı vakalarda tomografiyi gerekli kılmaktadır. Radyolojik olarak parankimal bütünlüğün, hava veya sıvı dolu kaviter lezyonların ortaya çıkması şüpheli uyandırıcıdır. Patofizyolojik süreçler arasında masif pulmoner gangren, parankimal likefikasyon (sıvılaşma) ve nekroz suçlansa da masif akciğer hasarının sebebi tam anlamıyla anlaşılabilir. Bakteriyel pnömoni olgularının çoğunda olgularımızda olduğu gibi etiyolojik ajan sıklıkla saptanamaz.

Tedavide uzun süreli antibiyotik kullanımı önerilmekte ancak masif nekrotik alanlara antibiyotik geçişi zorlaşmaktadır. Tedavide antibiyotik süresinin uzatılması gerekebilmektedir. Tedavi süresi klinik yanıtla ilgili olarak genellikle 4 hafta veya hastanın afebril olmasının ardından en az 2 haftadır. Başlangıç tedavisi mutlaka parenteral verilmelidir. Fistül, hayatı tehdit eden hemoptizi,

sepsis ve solunum yetmezliği geliştiğinde cerrahi tedavi düşünülmelidir (3, 6). Nadir görülen bir durum olduğundan prognoz ve mortalite ile ilişkili yeterince veri olmamakla beraber çoğunlukla kötü prognozludur. Bilateral diffüz hastalık ve önceden kronik hastalık olması mortaliteyi arttıracak faktörlerdir (7). Nekrotizan pnömoni sağlıklı bireylerde sekelsiz iyileşmektedir. Nitekim ilk olgumuzda üçüncü ikinci olgumuzda ikinci ayın sonunda klinik ve radyolojik olarak tam iyileşme olduğu görüldü.

SONUÇ

Toplum kökenli pnömonilerde tedaviye uzun süre cevap alınmaması ve kaviter lezyonların ortaya çıkması tüberkülozla beraber nekrotizan pnömoniyi de akla getirmeli ve özellikle radyolojik düzelmelerin uzun zaman alabileceği unutulmamalıdır. Nekrotizan pnömoni altta yatan kronik bir hastalığı olmayan bireylerde de ortaya çıkabilmekte ancak sekelsiz iyileşme görülebilmektedir.

REFERANSLAR

1. Chen KC, Su YT, Lin WL, Chiu KC, Niu CK. Clinical analysis of necrotizing pneumonia in children: three-year experience in a single medical center. *Acta Paediatr Taiwan* 2003;44:343-8.
2. Hacimustafaoglu M, Celebi S, Sarimehmet H, Gurpinar A, Ercan I. Necrotizing pneumonia in children. *Acta Paediatr* 2004;93:1172-7.
3. Chen CH, Huang WC, Chen TY, Hung TT, Liu HC. Massive necrotizing pneumonia with pulmonary gangrene. *Ann Thorac Surg* 2009; 87: 310-1.
4. Reimel BA, Krishnadasen B, Cuschieri J, Klein MB, Gross J, Jones KR. Surgical management of acute necrotizing lung infections. *Can Respir J* 2006;13:369-73.
5. Reimel BA, Krishnadasen B, Cuschieri J, Klein MB, Gross J, Jones KR. Surgical management of acute necrotizing lung infections. *Can Respir J* 2006;13:369-73.
6. Tsai YF, Ku YH. Surgical treatment of 26 patients with necrotizing pneumonia. *Eur Surg Res* 2012;47:13-8.
7. Evans B, MacKenzie I, Malata C, Coonar A. Successful salvage right upper lobectomy and flap repair of trachea-esophageal fistula due to severe necrotizing pneumonia. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2009;9:896-8.
8. Tsai YF, Ku YH. Necrotizing pneumonia: a rare complication of pneumonia requiring special consideration. *Curr Opin Pulm Med* 2012;18:246-52.