

## BİR AKCİĞER ABSESİ OLGUSU

### Report of a case of a lung abscess

Mehmet TOTAN<sup>1</sup>, Melih Cevdet ÇETİKAYA<sup>2</sup>, Özgür SAKARYA<sup>2</sup>, Şükrü KÜÇÜKÖDÜK<sup>3</sup>

**Özet:** Akciğer absesi, pulmoner parankim yıkımı ve pürülan materyel içeren kavite oluşumu ile sonuçlanan süpüratif bir süreçtir. Üç aylık kız bebek, ateş, öksürük ve solunum sıkıntısı şikayetleri ile başvurdu ve Pediatrik Enfeksiyon Servisine yatırıldı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik incelemeleri sonucu akciğer absesi tanısı düşünüülerek; meropenem, ampicilin ve klindamisin tedavisi başlandı. Tedavinin 28. gününde klinik, laboratuvar ve radyolojik iyileşme sağlandı ve taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer absesi, Çocuk

**Abstract:** Lung abscess is a suppurative process resulting in destruction of the pulmonary parenchyma and formation of a cavity containing purulent material. A three-months-old female baby was admitted to Pediatric Infectious Diseases Clinic of Ondokuz Mayıs University, Samsun, with complaints of fever, cough, and respiratory distress. As a result of clinical, laboratory and radiological examinations, the diagnosis of lung abscess was made and the treatment with the combination of meropenem, ampicillin, and clindamycin was initiated. On the 28th day of the treatment, clinical, laboratory, and radiological improvement was obtained and the patient discharged from the hospital.

**Key Words:** Child, Lung abscess

Akciğer absesi, akciğer parankiminde hava-sıvı seviyesi ile birlikte birden fazla kavite oluşturarak yıkıma neden olan süpüratif bir enfeksiyondur. Akciğer abseleri; bakteriyel, fungal, paraziter etkenlerle oluşmaktadır. Akciğer abselerinin yaklaşık %90'ından anaerob bakteriler (*F. nucleatum*, *Bacteroides* türleri, *Peptostreptococcus* türleri) sorumlu tutulmaktadır. Anaerob mikroorganizmalar dışında *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Proteus* türleri akciğer absesi ve nekrotizan pnömoniye yol açan mikroorganizmalar arasında yer almaktadır. Uygun antibiyotiklerin kullanımı sonucu, %40 civarında seyreden mortalite oranları giderek azalmıştır (1-6). Bu makalede klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgulara dayanılarak akciğer absesi tanısı konmuş ve tedavi ile iyileşmiş bir olguyu irdeleyip, literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi SAMSUN  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Y.Doç.Dr.<sup>1</sup>, Araş.Gör.Dr.<sup>2</sup>,  
Prof.Dr.<sup>3</sup>

Geliş tarihi: 1 Nisan 2002

### OLGU SUNUMU

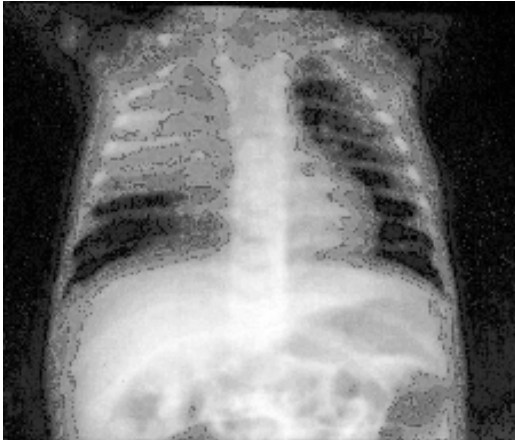
Üç aylık kız bebek, Pediatrik Enfeksiyon Departman'ına ateş, öksürük ve solunum sıkıntısı şikayetleri ile başvurdu. Fizik incelemede; ateş: 39.1°C, ağırlık: 4200 gr, boy: 51 cm, solunum sayısı: 56/dk, nabız: 158/dk ve kan basıncı: 80/40 mmHg idi. Genel durumu kötü ve soluk görünümde idi. Solunum sistemi incelemesinde; interkostal ve subkostal çekilmeleri olup, sağ hemitoraksta ince raller saptandı. Kardiyovasküler incelemesinde; kalp taşikardik olup, tüm odaklarda 1/6 şiddetinde sistolik üfürüm vardı.

Laboratuvar incelemede; Hb: 8.3 gr/dl, beyaz küre: 29.4x10<sup>9</sup>/L, trombosit: 160x10<sup>9</sup>/L, MCV: 89 fl ve periferik yaymada %80 nötrofil ve %20 lenfosit saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı 30 mm/saat idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda olup, PPD testi negatif idi. Üç kez alınan kan kültüründe mikroorganizma üretilmedi.

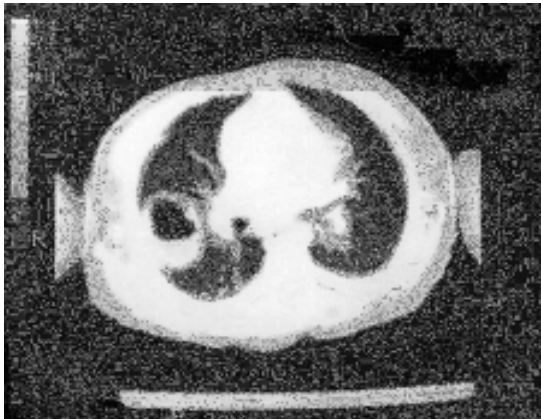
Radyolojik incelemede: P-A akciğer grafisinde sağ üst ve orta zonu tamamen dolduran yumuşak doku dansitesi görülmektedir (Resim 1). Bilgisayarlı tomografide sağ akciğer alt lob superior segmentte

hava-sıvı seviyesi veren abse ile uyumlu görünüm vardı (Resim 2).

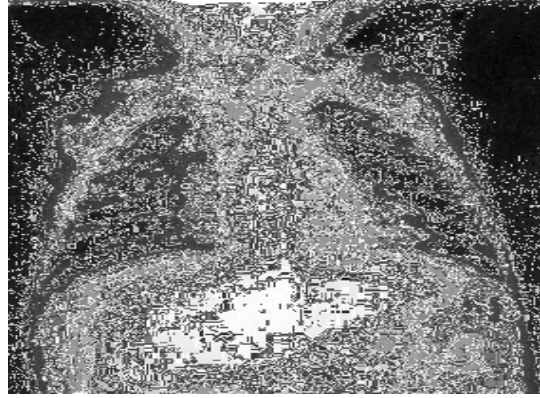
Genel durumu kötü ve soluk görünümde olan hastaya iki kez eritrosit süspansiyonu verildi ve enfeksiyon tedavisi için de antibiyotik (meropenem, ampisilin ve klindamisin) tedavisi başlandı. Tedavinin 28. gününde klinik, laboratuvar (Hb: 10.7 gr/dl, beyaz küre:  $9.8 \times 10^9/L$ ) ve radyolojik (akciğer grafisi normal, Resim 3) iyileşme sağlandı ve taburcu edildi.



**Resim 1.** Akciğer grafisinde sağ üst ve orta zonu tamamen dolduran homojen gölge koyuluğu (yumuşak doku dansitesi) artışı görülmektedir.



**Resim 2.** Bilgisayarlı tomografide sağ akciğer alt lob superior segmentte hava-sıvı seviyesi veren abse ile uyumlu görünümü görülmektedir.



**Resim 3.** Tedavi sonrasında normale dönen akciğer grafisi

### TARTIŞMA

Akciğer absesi çoğunlukla yabancı cisim aspirasyonlarından sonra ya da tıkanan bir bronşun gerisindeki akciğer enfeksiyonu sonucunda oluşan ve çocuklarda seyrek görülmesine karşın, çok ciddi sorunlar oluşturabilen bir patolojidir (1). Akciğer abselerinin önemli kısmı sinsi bir başlangıç gösterir, az sayıda olgu ise akut seyreder. Ateş, kilo kaybı, öksürük, terleme (özellikle geceleri), dispne, plöretik göğüs ağrısı ve nadiren kanlı balgam hastalığın sık görülen semptomlarıdır. Tedavi edilmeyen hastalarda kliniğin yerleşmesi ile kanlı, bol ve kötü kokulu pürülan balgam karakteristiktir. Fizik incelemede; yüksek ateş, taşikardi, takipne, dispne, inspirasyon hareketlerinde yavaşlama, perküsyonda matite ve oskültasyonda ince raller saptanır (1-4). Hastamızın fizik inceleme bulguları akciğer absesi ile uyumlu idi.

Anamnez, fizik inceleme ile birlikte radyolojik incelemeler akciğer absesinin tanımlanmasında en önemli yeri tutmaktadır. Akciğer absesinin klasik radyolojik görüntüsü, içerisinde hava-sıvı seviyesinin bulunduğu düzensiz şekilli bir kavitedir. Bilgisayarlı tomografi akciğer absesinin boyutunu ve yerini tanımlayan en önemli radyolojik inceleme aracı olup, konvansiyonel yöntemlere göre ampiyem, infarkt gibi bağlantılı olayların ayırt edilmesine olanak sağlar (2,4). Hastamızın; akciğer grafisinde sağ üst ve orta zonu tamamen dolduran homojen gölge koyuluğu (yumuşak doku dansitesi)

ve bilgisayarlı tomografide sağ akciğer alt lob superior segmentte hava-sıvı seviyesi veren abse ile uyumlu görünüm mevcuttu.

Akciğer abselerinin tedavisinde en önemli yeri antibiyotikler oluşturmaktadır. Antibiyotik tedavisine başlarken kültür ve antibiyotik duyarlılık sonuçlarının göz önünde bulundurulması oldukça önem taşır. Ayrıca; balgam, bronkoalveolar lavaj sıvısı ve alınan aspirasyon materyalin gram boyaması da oldukça önemlidir. Akciğer absesine neden olan anaerob mikroorganizmalar Penisilin G'ye giderek artan oranda dirençli hale gelmişlerdir. Ayrıca gram negatif mikroorganizmaların  $\beta$ -laktamaz oluşturmaları tedavide başarısızlıklara neden olmaktadır. Metronidazol *B. fragilis* dahil tüm gram negatif anaerob mikroorganizmalara ve *B. gracilis* hariç tüm  $\beta$ -laktamaz oluşturan etkenler ile *Actinomyces*'lere etkili bir antibiyotiktir. Klindamisin ve kloramfenikol, anaerob mikroorganizma etken olarak düşünülüyorsa bir diğer seçenektir. İmpenem,  $\beta$ -laktamaz inhibitörleri (sulbaktam-ampisilin, tikarsilin-klavulanik asit) anaeroplara birlikte *S. aureus*, *Pseudomonas*, *enterobakter* grubu gibi patojenlere de etkinliği nedeniyle önemli bir alternatiftir. Akciğer abselerinin antibiyotik tedavisi en az dört hafta olmalıdır (1-6). Cerrahi drenaj bilgisayarlı tomografi eşliğinde medikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda endike olan bir yöntemdir. Ampiyem gelişen hastalarda göğüs tüpü drenajı gereklidir (1,4). Hastamıza antibiyotik tedavisi olarak meropenem, ampisilin ve klindamisin uyguladık ve dört hafta kullandık.

Akciğer absesinin ayırıcı tanısında kavite oluşturan maligniteler, tüberküloz, Wegener granülomatozisi, infarktlar ve infekte bül ve kistlerin mutlaka düşünülmesi gerekmektedir (1-4). Kan kültürlerinin negatif olmasına rağmen uygulanan antibiyotik tedavisi ile hastamızda klinik, laboratuvar ve radyolojik düzelmelerinin olması akciğer absesi tanısını düşündürdü.

Akciğer abselerinin prognozu allta yatan hastalık ya da predispozan patolojik durumlara bağlıdır. Primer akciğer absesinde prognoz iyi, sekonder olanlarda ise esas hastalığa bağlıdır. Büyük abseler (5-6 cm çapında ya da daha büyük), progresif pulmoner nekroz, obstrüktif lezyonların varlığında, immünyetmezlik, ileri yaş, aerob gram negatif mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyonlarda ve tedavide gerileme durumunda mortalite ciddi olarak artar. Anaerob mikroorganizmaların neden olduğu akciğer abselerinde mortalite %15 civarındayken, nekrotizan pnömonide 25'e ulaşmaktadır (1,2). Uygun antibiyotiklerin kullanımı sonucu, yüksek olan mortalite oranları giderek azalmıştır. Büyük çocuklarda ve adolesanda dış çürüğü araştırılmalı ve tedavisi unutulmamalıdır.

Sonuç olarak; akciğer absesinin alt solunum yolunun ciddi bir enfeksiyon hastalığı olduğu dikkat çekilerek, erken antibiyotik tedavisi başlanıldığında tedaviye yanıtın yüz güldürücü olduğu tesbit edilmiştir.

#### KAYNAKLAR

1. Stern RC. Pulmonary abscess. In: Behrman RE, Kliegman RM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics (16th)*. Philadelphia, WB Saunders; 2000;1309-1310.
2. Yalçın AN. Akciğer apsesi. *İnfeksiyon Hastalıkları 1999*; 2: 35-39.
3. Tan TQ, Seilheimer DK, Kaplan SL. Pediatric lung abscess: clinical management and outcome. *Pediatr Infect Dis 1995*; 14: 51-55.
4. Wiedeman HP, Rice TW. Lung abscess and empyema. *Semin Thorac Cardiovasc Surg 1995*; 7: 119-128.
5. Franquet T, Gimenez A, Roson N, Torrubia, Sabate JM, Perez C. Aspiration diseases: findings, pitfalls, and differential diagnosis. *Radiographics 2000*; 20: 673-685.
6. Al-Salem AH, Ali EA. Computed tomography-guided percutaneous needle aspiration of lung abscesses in neonates and children. *Pediatr Surg Int 1997*; 12: 417-419.