

Diabetik Hastada Posterior Mediasten Yerleşimli Ekstraplevral Abse

Extrapleural Abscess in The Posterior Mediasten in The Diabetic Patient

¹Murat Öncel, ²Yüksel Dereli, ¹G Sadi Sunam

¹Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

²Numune Hastanesi, Kalp Ve Damar Cerrahisi Kliniği, Konya

Özet

57 yaşında erkek hasta kliniğimize dahiliye yoğun bakım servisinden, 1 haftadır tedaviye dirençli plevral ampiyem ön tanısı ile septik durumda alındı. Hasta 13 yıldır tip 2 diyabet hastası ve son 2 yıldır insülin kullanmakta olup, son 10 gündür solunum sıkıntısı, sağ yan ağrısı, ateş ve regüle olmayan bir kan şekeri profili mevcuttu. Hastanın tansiyonu 85/60 mmHg, nabızı 120/dk, laboratuvar tetkiklerinde beyaz küresi: 23.000 mm³, kan şekeri 470gr/dl idi. Çekilen akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ posterior mediastende ekstraplevral hava sıvı seviyesi veren abse rapor edildi. Torasentez neticesi pürülan mayii gelen hastaya sıvının en rahat geldiği sağ skapula altından 28 nolu göğüs tüpü kondu, 1700 cc pürülan mayi alındı ve hastanın klinik durumunda dramatik düzelmeye gözlemlendi. Kan şekeri regüle oldu, her gün 300 cc rifosinli mayi ile poş yıkandı. 10 günde pet altı takip yapıldı ve birinci ayın sonunda kliniği tamamen düzeldi. Bu olgu sunumu akciğer absesinin nadir görüldüğü posterior mediastende oluşu ve sadece göğüs tüpü ile tedavi edilebilmesi nedeniyle yapıldı.

Anahtar kelimeler: Akciğer absesi, posterior mediasten, diyabet.

Abstract

57 years old male patient who admitted our clinic from the intensive care unit because of the one week refractor of the treatment pleural effusion with the septic situation. The patient is a diabetic (type 2) for 13 years and lastly two years use insulin and last 10 days he has dispne, right costal pain, fever and don't regulate blood glucose profile. The patients tension arteriale was 85/60 mmHg, heart rate was 120/min; leucocytosis 23000 and blood glucose level 470 in laboratory. PA chest film and computed thoracic tomography were reported lung abscess which the right posterior mediastineum and extrapleural look the air-fluid level. As a result of thoracentesis pleural empyema in a patient with pure liquid under the most comfortable coming right scapula chest tube (no 28) was inserted 1700 cc of purulent fluid was taking and in this case was achieved dramatic clinical improvement. Blood sugar was regulated daily pouch was washed with 300 cc riphosine fluid 10 days later, tube made under a pet. The situation is completely stable at the end of the first month. This is a rare case report of lung abscess, and being seen in the posterior mediastinum was only due to be treated with chest tube

Key words: Lung abscess, posterior mediasten, diyabet.

GİRİŞ

Akciğer absesi piyojenik ve mikroorganizmanın akciğer parankiminde doku nekrozu ve kavite oluşumuna yol açması sonucu oluşan lokalize süpüratif bir lezyondur (1-2). Etiyoloji, klinik, tanı ve tedavilerinin farklılığından dolayı abseler primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Sekonder akciğer abseleri ekstrapulmoner infeksiyon-sepsis, immünoşüpresyon veya malignite ile birlikte görülebilir ve 48-72 saat içinde hızla gelişen bir tablo ile karakterizedir. Abseler tanıdan önceki geçen semptom süresine göre akut (<4-6 hafta) veya kronik abse (>4-6 hafta) olarak da sınıflandırılır. Anaerobik mikroorganizmaların neden olduğu akciğer abseleri ise pütrid abse olarak tanımlanmaktadır (1-3). Bu makalede, nadiren posterior mediastende görülen ve toraks dreni ile tedavi sağlanan bir abse vakası sunulmuştur.

OLGU

Hastanemize yüksek ateş, nefes darlığı ve halsizlik şikayetleri ile başvuran 57 yaşındaki erkek hasta, dahiliye yoğun bakım servisinden,

1 haftadır tedaviye dirençli plevral ampiyem ön tanısı ile kliniğimize devralındı. Anamnezde 13 yıldır tip 2 diyabet hastası olduğu ve son 2 yıldır insülin kullandığı öğrenildi. Son 10 gündür solunum sıkıntısı, sağ yan ağrısı, ateş ve regüle olmayan bir kan şekeri profili mevcuttu. Hasta septik şok tablosunda idi. Tansiyonu 85/60 mmHg, nabızı 120/dk ve laboratuvar tetkiklerinde beyaz küresi 23.000mm³, kan şekeri 470 gr/dl idi. Çekilen akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) sağ posterior mediastende ekstraplevral hava sıvı seviyesi veren akciğer absesi tespit edildi (Şekil 1). Torasentez neticesi pürülan maii gelen hastaya, sağ skapula altından 28 nolu göğüs tüpü kondu. 1700 cc pürülan mayi boşaltıldı ve hastanın klinik durumunda oldukça belirgin düzelmeye gözlemlendi. Sistemik antibiyotik tedavisi torasentez mayi kültürüne göre düzenlendi. Her gün 300 cc rifosinli mayi ile poş yıkandı, postural drenaj ve etkin bir şekilde solunum fizyoterapisi uygulandı. 10 gün sonra toraks dreni alındı (Şekil 2). Takipte vital bulguları kısa sürede düzeldi, kan şekeri regüle oldu ve birinci ayın sonunda klinik ve radyolojik olarak tamamen iyileşme gözlemlendi (Şekil 3)

Yazışma Adresi: Murat Öncel, Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi A.D., Konya

e-posta: moncel01@hotmail.com

Geliş Tarihi: 08.07.2011 Yayına Kabul Tarihi: 14.10.2011



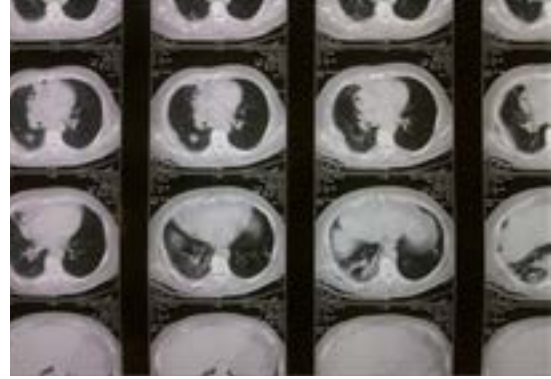
Şekil 1. Absenin PA akciğer grafi görüntüsü

TARTIŞMA

Akciğer abseleri genellikle konsolide bir akciğer alanında küçük nekroz odakları veya mikroabseler olarak başlar. Bu supurasyonlu mikroabse odakları birleşerek büyüyüp 1-2 cm çapa ulaştınca abse oluşumundan söz edilir. Eğer bu patolojik süreç erken uygulanan antimikrobiyal tedavi ile durdurulursa, hiçbir hasar kalmadan iyileşme sağlanır. Ancak tedavi yapılamaz veya yeterli olmazsa inflamasyon kronikleşir. Primer akciğer abselerinde ekstrapulmoner bir odak yoktur. Klinik progressif gelişen ateş, öksürük, omuz ağrısı, halsizlikle karakterizedir ve hastada 1-3 hafta öncesine dayanan pnömoni öyküsü mevcuttur (3). Bizim vakamızda regüle olmayan bir diyabet ve yaklaşık 10 gündür süren öksürük ve sağ yan ağrısı mevcuttu. Akciğer parankiminde abseler multipl olabilir, ancak büyük ve dominant bir kavite daha belirgindir. Vakamızda ekstrapleval ve posteriorda abse kavitesi hava sıvı seviyesi görünümüyle tek olarak mevcuttu. Aspirasyon yoluyla



Şekil 2. Absenin Toraks CT görüntüsü



Şekil 3. Absenin dren sonrası görünümü

oluşan abseler olgunun pozisyonuna (supin) yer çekimine ve bronş ağacı anatomisine bağlı olarak genellikle sağ akciğerde, üst lobların posterior, alt lobların superior segmentinde, sol akciğerde üst lob apikoposterior, alt lob superior segment ve bazen de alt lob posterobazal segmentde lokalize olurlar. Üç büyük seride akciğerde absenin anatomik sıralamasının dağılımı aşağıdaki gibi özetlenmiştir; sağ üst lob % 27, sağ orta lob % 10, sağ alt lob % 30, sol üst lob % 13, sol alt lob % 20'dir (4,5). Vakamızda abse yerleşim yeri olarak posterior mediasteni tutması ve ekstrapleval olması literatürde görülen yerleşim yeri açısından ender görülmektedir. Olguların büyük çoğunluğunda BT incelemede akciğer absesinin anatomik olarak yeri konvansiyonel göğüs grafilerinden daha iyi belirlenir. BT incelemede nekroz ve kavitasyon PA akciğer grafide görülmeden daha önce saptanabilir. BT, direk yayılımla akciğer absesine neden olabilecek bitişik mediastinal, subdiyaframatik, paravertebral infeksiyon odaklarının belirlenmesine yardımcı olabilir. Akciğer abseleri genellikle tek bir lobu tutarken aspirasyon pnömonileri ve nekrotizan pnömoniler daha fazla oranda birçok lobu tutar. Akciğer absesini posterior veya lateral kosta diyaframatik açığa yakın olduğu durumlarda absenin neden olduğu piyopnömotorakstan ayırt etmek güçtür. Bu durumda BT incelemede elde edilen iki bulgu plevral ve parankimal infeksiyonun ayırt edilmesinde yararlıdır; kaburgalar ve infiltrat arasındaki açı ve etraftaki akciğer yapısı tipik olarak sıkışmış ve sıklıkla akciğer absesinin sınırında normal görünüm olmakla birlikte plevral boşluktaki infeksiyona benzer hal almıştır. Olgumuzda tanı toraks BT tetkiki ile teyit edilmiştir.

Akciğer absesinin tedavisi mikrobiyolojik incelemede elde edilen patojen mikroorganizmaya ve hastanın eşlik eden diğer hastalıklarının varlığına göre düzenlenir (6). Örneğin önceye ait hastalık öyküsü bulunmayan sağlıklı bir kişide oluşan abse antimikrobiyal tedavi, göğüs fizyoterapisi ve postüral drenaj gibi konservatif yöntemlerle tedavi edilebilirken, bağıışıklığı baskılanmış bir olguda absenin tedavisi için antimikrobiyal tedaviye ek olarak acil akciğer rezeksiyonu gerekebilir. Bizim vakamızda hastanın septik tablo oluşu ve sıvısının lokalize oluşu nedeniyle acil olarak abse boşuna göğüs tüpü ile girilerek boşaltıldı. Abse kavitesindeki sıvının ve nekrotik debrisin bronkoskopi veya radyoloji eşliğinde kateter drenajı bir diğer tedavi yöntemidir (7,8). Akciğer grafisinde posterior mediastinal bölgede piyopnömotoraks bulgusu gözlemlendiğinde akciğer absesi de akıldta tutulmalıdır. Akciğer abselerinde, vakamızda olduğu gibi posterior mediasten yerleşimli olmasına rağmen, erken dönemde drenaj uygulanması, antibiotik

tedavisinin torasentez kültürüne göre düzenlenmesi, etkin postural drenaj ve solunum fizyoterapisi ile cerrahi müdahaleye gerek kalmadan tedavi sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Balcı K. Akciğer absesi. Göğüs Hastalıkları. 3. Baskı Atlas Kitabevi, Konya 1993; s: 169-80.
2. Gözü RO. Akciğer absesi (ed). Özyardımcı N. Nonspesifik Akciğer Hastalıkları. 1. Cilt. Uludağ Üniversitesi Basımevi Bursa 1999, ss: 625-36.
3. Finegold SM, Fishman JA. Empyema and lung abscess. In: Fishman AP (ed): Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. McGraw Hill; New York 1998: 2021-34.
4. Chidi CC, Mendelsohn HJ. Lung abscess. A study of the results of treatment based on 90 consecutive cases. J Thor Cardiovasc Surg 1974; 68: 168-72.
5. Pohlson EC, McNamara JJ, CharC, Kurata L. Lung abscess: a changing pattern of the disease. Am J Surg 1985; 150: 97-101.
6. Hammond J MJ, Potgieter PD, Hanslo D, et al. The etiology and antimicrobial susceptibility patterns of microorganism in acute community acquired lung abscess. Chest 1995; 108: 937-41.
7. Erasmus JJ, Mc Adams HP, Rossi J, Kelley MJ. Percutaneous management of intrapulmonary air and fluid collections. Radiol Clin North America 2000; 38: 385-93.
8. Klein JS, Schultz S, Heffner JE. Interventional radiology of the chest: Image-guided percutaneous drainage of pleural effusions, lung abscess and pneumothorax. AJR 1995; 164: 581-4.