

## BRONŞEKTAZİ KOMPLİKASYONU OLARAK GELİŞEN MULTİPL SEREBRAL APSE

Dr. Ayşegül ÖGMEGÜL \*, Dr. Kemal TAHAOĞLU \*\*,  
Dr. Sait GÖNEN \*\*\*

### ÖZET

*Bronşektazi tanısıyla tedavi gören ve komplikasyon olarak multipl serebral apse gelişen bir hasta sunulmaktadır, ilgili literatürle birlikte tartışılmıştır.*

### SUMMARY

*Multiple cerebral abscesses development due to bronchiectasis. A rare case  
A patient diagnosed with bronchiectasis has developed multiple cerebral abscesses has been discussed in this report.*

### GİRİŞ

Bronşektazi deyimini, geniş anlamıyla reversibl veya irreversibl, hafif veya belirgin tüm bronş genişlemeleri için kullanılmaktadır (1). Etiyolojik nedenler olarak; akciğer enfeksiyonları, bronş obstrüksiyonu, konjenital hastalıklar, restriktif akciğer hastalıkları gösterilmektedir. Akciğer hastalıklarının antibiyotik ve diğer ilaçlarla tedavisinin giderek artan başarılı sonuçlar vermesi nedeniyle bronşektazi insidensi giderek büyük ölçüde azalmaktadır. Otopsi incelemelerinde; özellikle kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, kronik ve iyi tedavi edilmeyen tüberküloz ve akciğer kanseri olgularında daha sık bronşektazi geliştiği gösterilmiştir (1, 2).

Bronşektazinin en sık görülen komplikasyonları ise, pnömoni, plörezi, ampiyem, sinüzit, hemoptizi, beyin apsesi ve amiloidozdur (3). Oldukça ender görülen beyin apsesinin, enfeksiyonun hematojen yolla santral sinir sistemine ulaşması sonucu geliştiği kabul edilmektedir (1, 2, 3).

### VAKA TAKDİMİ

22 yaşında, bayan hasta. Öksürük, balgam çıkarma yakınmalarıyla 14 Aralık 1988 tarihinde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniğine yatırılan hastanın 1976'da bir akciğer enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. (Tbc.?). Bu tarihten beri hastanın, öksürük, balgam çıkarma, zaman zaman kan tükürme ve hareketle artan nefes darlığı şikayetlerinin aralıklı olarak ortaya çıktığı ve ayaktan tedavi gördüğü belirtildi.

Fizik muayenede; genel durum iyi, bilinç açık, koopere. Kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 112/dak, solunum sayısı 32. Trakea sola doğru yer değiştirmiş, juguler venler normal, sol göğüs yarısı basık, solunuma az katılıyor. Solda skapula altında tabana kadar submatite mevcut. Dinlemekle ekspirium/inspirium oranı eşitlenmiş. Solda skapula altında solunum sesleri azalmış. Diğer akciğer alanlarında ise inspiriumda kaba raller, sonor ronküsler duyuldu.

Laboratuar bulgular; Eritrosit sayısı: 3.000.000/mm<sup>3</sup>, lökosit 8900 / mm<sup>3</sup>, Hb: 9,9

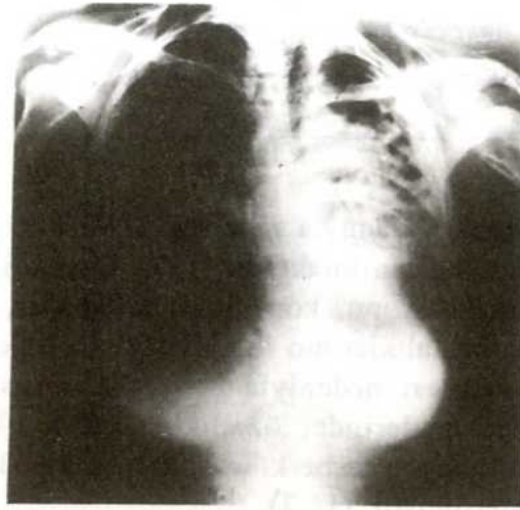
\* S.Ü.T.F. Nöroloji A.B.D Öğr. Üyesi, Yrd. Doç. Dr.

\*\* S.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.B.D. Arş. Gör.

\*\*\* S.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.B.D. Arş. Gör.

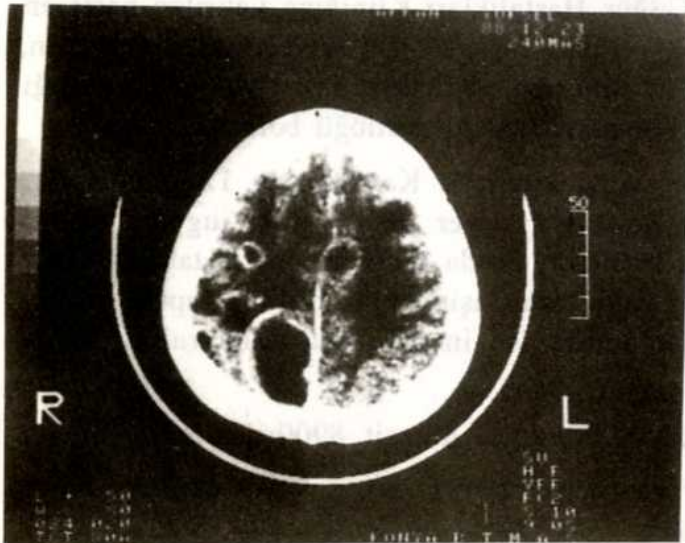
gm, Ht: %30.3, sedimentasyon: 81 mm/saat. Balgamda ARB negatif. Üç kez yapılan balgam kültüründe üreme tespit edilmedi. AKŞ: %106 mg., BUN: 25, kreatinin: 0.73, SGOT: 23 U, SGPT: 12 U.

Akciğer grafisinde mediasteninin sola doğru yer değiştirdiği, solda harap olmuş akciğer, sağda üst ve orta zonda kistik fibrotik görünüm gözlemlendi. (Resim 1).

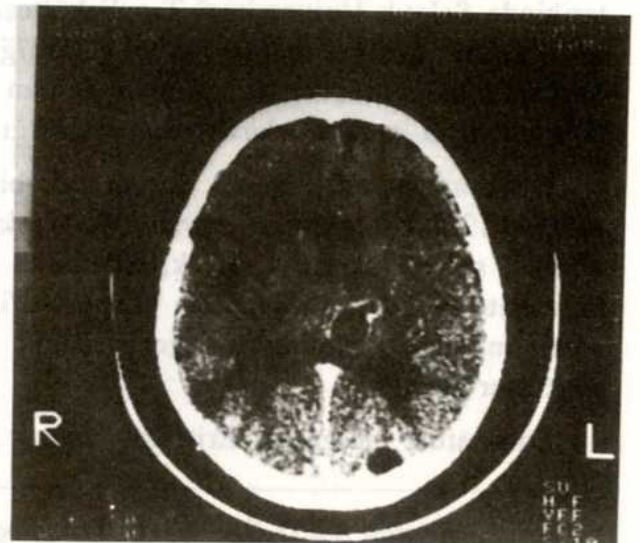


RESİM 1

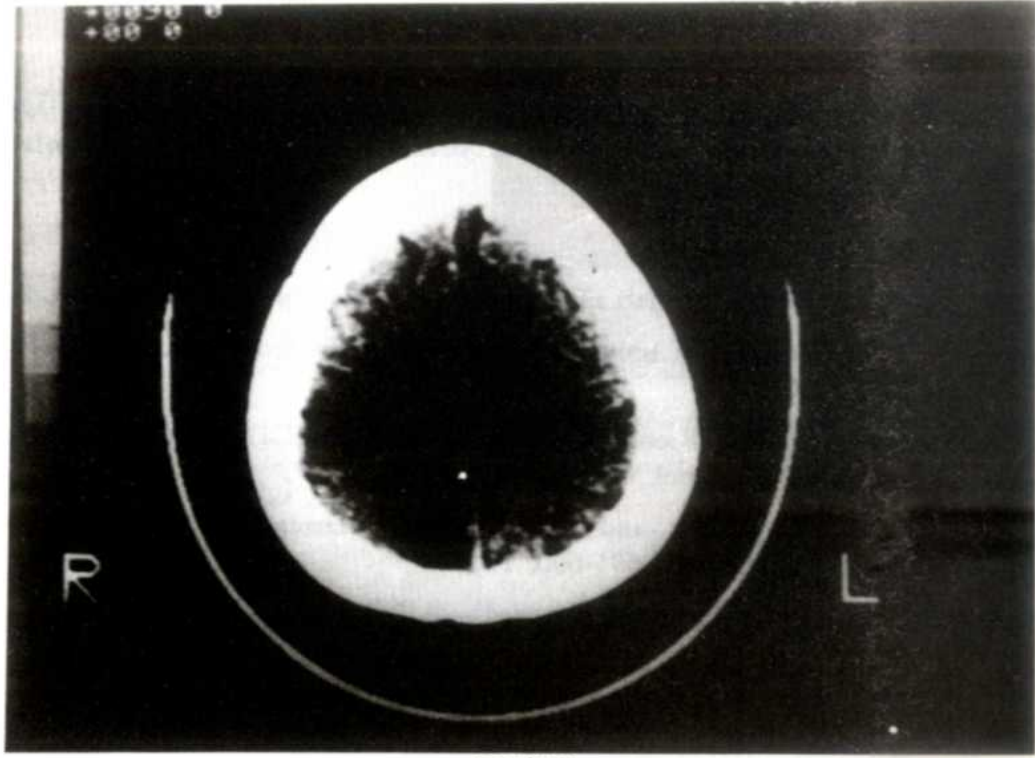
Bronşektazi tanısıyla tedavi gören hastada, bilinç bulanıklığı, sol yan güçsüzlüğü ortaya çıkınca nörolojik olarak değerlendirildi. Sağda 6., solda 7. kranial sinir tutulmuş ve sol hemiparezi belirlenen hastanın fundoskopik muayenesinde bilateral prestaz papiller bulundu. Çekilen beyin tomografisi sonucu her iki hemisferde, sağda daha belirgin apse görünümüne uyan, çok sayıda halkasal yapıda kitleler gösterildi. Röntgen filmleri: 2, 3, 4) (Resim: 2, 3, 4).



RESİM 2



RESİM 3



RESİM 4

Hastaya tedavi olarak geniş spektrumlu antibiyotik (Seftriakson 2 gm/gün) ve kortikosteroid (Prednisolon 40 mg/gün) verildi. Hasta bu tedaviden ileri derecede yararlandı, nörolojik tablo silikleşti. Multipl beyin apseleri inoperabl kabul edilen hasta, sol pnömonektomi için Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi kliniğine sevk edildi. Post-op dönemde ek bir bulgu olmamasına karşın, sık epileptik nöbetlerin ortaya çıkması üzerine antiepileptik tedaviye başlandı. (Hydantoin 300 mg/gün) Operasyondan yaklaşık 10 gün sonra, hasta ağır bir pnömoni tablosuyla eksitus oldu.

## TARTIŞMA

Bronşektazili bir hastada semptomların ortaya çıkması, patolojinin ağırlığına, yerine ve komplikasyonların gelişmesine bağlıdır. Komplikasyonların temel nedeni ise kronik bronşiyal enfeksiyonun zaman zaman alevlenmeler göstermesidir. Pnömoni, akciğer apseleri, ampiyem yanı sıra bronşektazililerde, ateş, ağırlık kaybı, anemi, genel bitkinlik te sıklıkla ortaya çıkmaktadır (1, 2, 4).

Sunulan olguda, ender bir komplikasyon olan beyin absesi, çok sayıda olarak ortaya çıkmıştır. Sağda biraz daha belirgin, fakat genel olarak bihemisferik yerleşim gösteren apseler, çok ağır bir nörolojik tabloya yol açmamıştır. Kortikosteroid tedavinin ardından beyin ödemi azalmış ve hasta hemen hemen asemptomatik hale gelmiştir. Pnöminektomi sonrası gelişen epileptik nöbetler üzerine beyin tomografisi tekrarlanmış, fakat öncekine göre anlamlı bir değişiklik bulunmamıştır. Bu nedenle epileptik nöbetlerin muhtemel bir hipoksiyle provoke olduğu kanısına varılmıştır.

Hasta ağır bir pnömoni tablosuyla vefat edene kadar, nörolojik durumunda herhangi bir kötüleşme olmamıştır. İlginç olan, multipl beyin apselerinin yaygın yerleşimlerine rağmen oldukça silik bulgular vermesidir.

Literatür araştırmalarında serebral apse komplikasyonunun çok ender olduğu vurgulanmaktadır. Hastamızda olduğu gibi çok sayıda serebral apse gelişmesi ise çok daah zayıf bir ihmaldir (3, 4, 5).

Sonuç olarak, ülkemiz şartlarında sık olarak ortaya çıkabilen akciğer enfeksiyonlarının, bronşektazi ve komplikasyonlarının primer nedeni olabileceğinin unutulmaması gerektiği kanısındayız.

## KAYNAKLAR

1. Gazioğlu Kuddusi. Akciğer hastalıkları cilt 2, bölüm 22, İstanbul, Sanal Basımevi, 1985.
2. Brogan TD et al.: Composition of bronchopulmonary sections from patients with bronchiectasis. Thorax 35: 624-628, 1980.
3. Murray JF. Bronchiectasis and Broncholithiasis. In Harrison (Ed) Internal Medicin 2. Eleventh edition. London, Mc Graw-Hill Book company 1540-1541, 1987.
4. Hinshaw-Murray. Bronchiectasis and cytic fibrosis. Disease of the chest. Fourt edition. Philadelphia, WB Saunders company 591-600, 1980.
5. Kürklü E, Le Roux BT. Left pneumonectomy and middle lobectomy for bronchiectasis. Thorax 28: 535-537, 1973.