

9- CEZAEVİNDE PNÖMONİ

Dr. Öğr. Üyesi Bahar KANDEMİR

GİRİŞ

İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), hepatit C virüsü (HCV), tüberküloz, metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* ve influenzayı da içeren bulaşıcı hastalıklar, cezaevi nüfusu için önemli halk sağlığı problemlerindedir. Enfeksiyöz hastalık bulaşma riskini artıran cezaevi çevresel faktörleri arasında toplu yaşam koşulları, kötü temizlik ve hijyen alışkanlıkları, aşılarla ve tedaviye sınırlı erişim, iğne alışverişi ve tesisler arasında, cezaevinin içinde ve dışındaki sık nüfus hareketleri sayılabilir. Cezaevinden salıverilen mahkumlarda kötü yaşam koşulları, bağışıklık sisteminin zayıf olması, tedavinin gecikmesi ile ilişkili olabilen en önemli ölüm nedenleri pnömoni ve septisemi olarak bildirilmiştir (1).

Pnömoni, yeni ortaya çıkan segmental, lobar veya multilobar radyolojik pulmoner gölgenlemeyle ilişkili akut solunum yolu hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre yaklaşık beş kat daha sık görülür. Toplum kökenli pnömoni (TKP) insidansı yılda 4 milyon ila 5 milyon vaka arasında değişmekte olup, bu vakaların %25'inin hastaneye yatışı gerekmektedir. Bu sorun, özellikle de pnömoninin erişkinlerde hastane başvurularının en yaygın nedeni olduğu gelişmekte olan ülkelerde çok daha büyüktür. Pnömoni genellikle TKP, hastane kökenli pnömoni veya immün sistemi baskılanmış konakta veya süperatif ve aspirasyon pnömonisi de dahil olmak üzere altta yatan akciğer hasarı olan hastalarda ortaya çıkan pnömoni olarak sınıflandırılmaktadır (2, 3).

Cezaevlerindeki aşırı kalabalık birçok ülkeyi etkileyen yaygın bir sorundur. Ayrıca bu durum pnömoni gibi bulaşıcı hastalıkların prevalansını da artırabilir. Cezaevlerindeki enfeksiyonların çoğunluğu toplum kökenli enfeksiyonlardır. Pnömoni özellikle de TKP, cezaevi nüfusunda aşırı kalabalıklara maruz kalma ile ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir (1, 4, 5).

TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİ

TKP hastanede veya uzun süreli bakım merkezinde kazanılmayan pnömoni olarak tanımlanmaktadır. Güçlü yeni antimikrobiklerin ve etkili aşıların mevcudiyetine rağmen, ABD'de yıllık olarak yaklaşık 5,6 milyon TKP vakası ortaya çıkmaktadır. Şüpheli TKP diğer sebepler olmaksızın akut semptomlar ve alt solunum yolu enfeksiyonu bulguları

SONUÇ

Pnömoni, cezaevi nüfusu arasında önlenabilir ölümlerin önde gelen sebeplerinden birisidir. Mahkumlar arasındaki sosyal etkileşim pnömoni salgınlarına sebep olabilir. Pnömoni salgınlarının kontrolü, cezaevlerinde tavsiye edilen davranışsal değişikliklere (öksürme kuralları, ilaç uyumu) uyumsuzluk ve rutin solunum önlemlerinin alınması (örneğin maskeler, alkol bazlı dezenfektanlar, sabun dispenserleri) genellikle mümkün olmadığı için zor olabilir. Pnömoniyi önlemek için mahkumların eğitimi çok önemlidir. Cezaevlerinde el hijyeninin önceliklendirilmesi temel enfeksiyon kontrol önlemlerinden bir tanesidir. Pnömoniyi azaltmak için mahkumların *Streptococcus pneumoniae* ve influenzaya karşı aşılması önemlidir. Klinik şüphe durumunda tedavi gecikmeden başlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Binswanger IA, Blatchford PJ, Forsyth SJ, Stern MF, Kinner SA. Epidemiology of Infectious Disease-Related Death After Release from Prison, Washington State, United States, and Queensland, Australia: A Cohort Study. *Public Health Rep.* 2016;131(4):574-82.
2. Reid PT, Innes JA (2010) Respiratory Disease. In: Colledge NR, Walker BR and Ralston SH, ed, Davidson's principle and practice of Medicine, 21sted. Edinburgh: Elsevier publications. 680-682.
3. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, et al. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis* 2003; 37: 1405-1433.
4. García-Guerrero J, Marco A. Overcrowding in prisons and its impact on health. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012;14(3):106-13
5. Gilbert M, MacDonald J, Gregson D, et al. Outbreak in Alberta of community-acquired (USA300) methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in people with a history of drug use, homelessness or incarceration. *CMAJ* 2006; 18;175(2):149-54.
6. Lutfiyya MN, Henley E, Chang LF, Reyburn SW. Diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. *Am Fam Physician.* 2006 1;73(3):442-50.
7. Prina E, Ranzani OT, Torres A. Community-acquired pneumonia. *Lancet.* 2015; 12;386(9998):1097-108.
8. Welte T, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. *Thorax* 2012; 67: 71–79.
9. Said MA, Johnson HL, Nonyane BA, et al, and the AGEDD Adult Pneumococcal Burden Study Team. Estimating the burden of pneumococcal pneumonia among adults: a systematic review and meta-analysis of diagnostic techniques. *PLoS One* 2013; 8: e60273.
10. Arnold FW, Summersgill JT, Lajoie AS, et al, and the Community-Acquired Pneumonia Organization (CAPO) Investigators. A worldwide perspective of atypical pathogens in community-acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 1086–93.
11. Conklin L, Adjemian J, Loo J, et al. Investigation of a *Chlamydia pneumoniae* outbreak in a Federal correctional facility in Texas. *Clin Infect Dis.* 2013;57(5):639-47.
12. Abad-Pérez I, Carbonell-Franco E, Navarro-García D, Roig-Sena FJ, Salazar A. [Evolution of the main diagnoses of hospital discharges amongst the prison population in Valencia, 2000-2009]. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011;13(2):38-43.

13. Kohli N, Kochie M, Harber P. Necrotizing community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* pneumonia: an emerging problem in correctional facilities. *AAOHN J*. 2011;59(3):135-40
14. Parcell BJ, McIntyre PG, Yirrell DL et al. Prison and community outbreak of severe respiratory infection due to adenovirus type 14p1 in Tayside, UK. *J Public Health (Oxf)*. 2015;37(1):64-9
15. Hoge CW, Reichler MR, Dominguez EA et al. An epidemic of pneumococcal disease in an overcrowded, inadequately ventilated jail. *N Engl J Med*. 1994;8;331(10):643-8
16. Kaysin A, Viera AJ. Community-Acquired Pneumonia in Adults: Diagnosis and Management. *AmFamPhysician*.2016;1;94(9):698-706.
17. Claessens YE, Debray MP, Tubach F, et al. Early Chest Computed Tomography Scan to Assist Diagnosis and Guide Treatment Decision for Suspected Community-acquired Pneumonia. *AmJRespirCritCareMed*.2015;192:974-82.
18. Hagaman JT, Rouan GW, Shipley RT, Panos RJ. Admission chest radiograph lacks sensitivity in the diagnosis of community-acquired pneumonia. *Am J Med Sci*. 2009;337:236-40.
19. Eraksoy H. Pnömonili hastaya yaklaşım. İçinde Willke Topcu A, Soyletir G, Doganay G editörler. *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul:2017;771-82
20. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis*. 2007; 44(suppl 2): S27-S72.
21. Watkins RR, Lemonovich TL. Diagnosis and management of community-acquired pneumonia in adults. *Am Fam Physician*. 2011; 83(11): 1299-1306.
22. Baron EJ, Miller JM, Weinstein MP, et al. A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2013 recommendations by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). *Clin InfectDis*.2013;57(4):e22-e121.
23. Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, et al. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2004;164:637-44.
24. Alves DW, Kennedy MT. Community-acquired pneumonia in casualty: etiology, clinical features, diagnosis, and management (or a look at the “new” in pneumonia since 2002). *Curr OpinPulmMed*2004;10:166-70.
25. Espana PP, Capelastegui A, Quintana JM, et al. A prediction rule to identify allocation of inpatient care in communityacquired pneumonia. *Eur Respir J*2003;21:695-701.
26. Wiersinga WJ, Bonten MJ, Boersma WG, et al. Management of community-acquired pneumonia in adults: 2016 guideline update from the Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) and Dutch Association of Chest Physicians (NVALT). *Neth J Med*. 2018;76(1):4-13.
27. Antimicrobial Stewardship Guidance. Federal Bureau of Prisons Clinical Practice Guidelines March2013;30
28. Akter S, JahanS, Jahan F. Community Acquired Pneumonia *Int J Respir Pulm Med* 2015, 2:1