

# AKCİĞER APSESİ

Dr. Öğr. Üyesi Berat Dilek Demirel ORCID: 0000-0002-9358-0045

Prof. Dr. Ferit Bernay ORCID: 0000-0002-6970-8491

## Anahtar Noktalar

Akciğer absesi, akciğer parankiminde nekroz ve süpürasyonla karakterize, enfekte patolojik kavitedir. Sıklıkla etken anaerobik bakterilerdir. En sık yakınma ateş, öksürük, kusmadır. Akciğer grafisinde parankimde hava sıvı seviyesi veren kavite görüntüsü ile tanı alır. Hastaların çoğu antibiyoterapi ile iyileşir. Medikal tedavi ile klinik düzelme sağlanamayan hastalarda, perkütan ya da video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) ile apse drenajı, torakotomi ya da torakoskopi ile cerrahi rezeksiyon tedavi seçenekleridir.

**Anahtar kelimeler:** akciğer absesi, çocuk, video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS), torakoskopi

## Tanım ve Sınıflandırma

Akciğer absesi, akciğer parankiminde, enfeksiyon sonucu gelişen kalın duvarlı, pürülan içerikli, pulmoner parankim yıkımı ve nekrozu ile seyreden lokalize alandır. Çocukluk çağında nadir görülür ve nadiren cerrahi müdahale gerektirir<sup>(1)</sup>. Çoğunlukla pnömoninin uygunsuz ya da yetersiz tedavisi sonucu gelişir. Akciğer apseleri klinik yakınmaların başlangıç zamanına, akciğer absesi gelişimine yatkınlığı arttıracak başka bir hastalık olup olmamasına göre sınıflandırılır. Klinik yakınmaları altı haftadan daha kısa süreli olan olgular akut akciğer absesi, daha uzun süreli olan olgular kronik akciğer absesi olarak tanımlanır. Daha öncesinde sağlıklı olan hastalarda gelişen akciğer apseleri birincil, apse gelişimine zemin hazırlayan hastalığı bulunanlarda gelişen akciğer apseleri ise ikincil olarak tanımlanır<sup>(2)</sup>.

Akciğer absesi genellikle tek bir kavitedir ve tek lobda görülür. Bağışıklık yetersizliği olan hastalarda çoklu apse odakları şeklinde ve farklı loblarda görülebilir. Tanı konulduğunda olguların çoğu birincil ve akut akciğer absesidir<sup>(3)</sup>.

## Patogenez

Akciğer absesi gelişiminde en önemli risk faktörü ağız boşluğunu kolonize eden organizmaların aspirasyonudur. Hematojen yolla yayılım ya da bağışıklık yetersizliği de akciğer absesi gelişimine neden olabilir<sup>(4)</sup>. Çocukluk çağında akciğer absesi gelişiminin en sık nedeni serebral palsi gibi nörolojik yutma bozukluğuna bağlı aspirasyonlardır. Sağlıklı çocuklarda ise en sık neden yabancı cisim aspirasyonlarıdır<sup>(5)</sup>. Bazı hastalıklar akciğer absesi gelişimine zemin hazırlayabilir (**Tablo 1**). Bronşların herhangi bir nedenle tıkanması ya da daralması akciğer parankiminde süpüratif enfeksiyon gelişimine neden olabilir. *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* gibi organizmaların neden olduğu nekrotizan pnömoniler diğer pnömonilere göre daha sık apseleşirler<sup>(6,7)</sup>. Konsolide akciğer alanında enflamatuvar süreç sonunda vasküler obstrüksiyon ile gelişen küçük nekroz alanları veya küçük apseler birleşerek akciğer absesi oluşmasına neden olur.

Aspirasyona bağlı gelişen akciğer absesi sağ akciğerde sola göre daha fazla görülür. Birincil akciğer apseleri çoğunlukla sağ tarafta görülürken, ikincil akciğer apseleri solda daha fazla görülür<sup>(8)</sup>. Akciğer absesi olgularının %80-90'ında etken anaeroblardır. Çoğunlukla birden fazla mikroorganizma

## Özet

Akciğer apsesi, akciğer parankiminde nekroz ve sü-pürasyonla karakterize patolojik kavitedir. Çocukluk çağında nadirdir. Akciğer apsesi gelişiminde en önemli neden aspirasyondur. İmmün yetersizlik ve solunum sistemini etkileyebilecek kronik hastalığı olanlarda gelişebileceği gibi, sağlıklı çocuklarda da görülebilir. Tanı akciğer grafisinde parankimde görülen hava sıvı seviyesi içeren kavitenin görülmesi ile konur. Ayırıcı tanıda toraks içinde kaviter lezyon görüntüsü yapabilecek tüm patolojiler akla gelmelidir. Bilgisayarlı tomografi ayırıcı tanı için yardımcıdır. Etiyolojide genellikle anaerobik organizmalar rol oynar. Hastaların çoğu 6-9 hafta süreli antibiyotik tedavisine yanıt verir. 7-10 gün içinde klinik iyileşme sağlanamayan hastalarda perkütan ya da video yardımcı torakoskopi ile apse drenajı yapılabilir. Uygun antibiyoterapiye rağmen iyileşme göstermeyen, kronik akciğer apsesi gelişen, tekrarlayan akciğer apsesi olan olgularda cerrahi rezeksiyon uygulanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Wojsyk-Banaszak I, Krenke K, Jhonzczyk-Potoczna K, Ksepko K et al. Long-term sequelae after lung abscess in children- two tertiary centers' experience. *J Infect Chemother*. 2018 May; 24(5): 376-82.
2. Puligandla PS, Laberge JM. Respiratory infections: pneumonia, lung abscess, and empyema. *Semin Pediatr Surg*. 2008; 17: 42-52.
3. Kuhajda I, Zarogoulidis K, Tsirgogianni K, Tsavlis D et al. Lung abscess- etiology, diagnostic and treatment options. *Ann Trans Med*. 2015; 3(13): 183.
4. Cobanoglu U, Deveci A. Akciğer apsesi. *Van Tıp Dergisi* 2007;14(4):120-6.
5. Redding GJ, Careter ER. Chronic suppurative lung disease in children: definition and spectrum of disease. *Front Pediatr*. 2017; 5: 30.
6. Chirtes IR, Marginean CO, Gozar H, Georgescu AM, Melit LE. Lung abscess remains a life-threatening condition in pediatrics-a case report. *J Crit Care Med*. 2017; 3(3): 123-7.
7. Magalhaes L, Valaderes D, Oliveira JR, Reis E. Lung abscesses: review of 60 cases. *Rev Port Pneumol*. 2009; 15(2): 165-78.
8. Lakse OJ. Pulmonary Abscess. In:Kliegman RM, Stanson BF, St Geme III JW, Schor NE, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th. Canada:Elsevier; 2016; 2096-8.
9. Akgul AG, Topcu S, Liman ST. Lung abscess. *J Thor Surg-special Topics*. 2012; 5(2): 52-6.
10. Madhani K, McGrath E, Guglani L. A 10-year retrospective review of pediatric lung abscess from a single center. *Ann Thorac Med* 2016; 11(3): 191-6.
11. Aslan A, Yikılmaz A. Normal ve patolojik pediatrik akciğer ve toraks radyografisi. *Türk Radyoloji Seminerleri TRDSem*. 2017; 5: 98-128.
12. Mukae H, Noguchi S, Naito K, Kawanami T et al. The importance of obligate anaerobes and the streptococcus anginosus group in pulmonary abscess: a clone library analysis using bronchoalveolar lavage fluid. *Respiration*. 2016; 92(2): 80-9.
13. Marra A, Hillejan L, Ukena D. Management of lung abscess. *Zentralbl Chir*. 2015; 140 Suppl 1: 47-53.
14. Wail SO. An update on the drainage of pyogenic lung abscesses. *Ann Thorac Med*. 2012; 7(1): 3-7.
15. Yaguchi D, Ichikawa M, Inoue N, Shizu M et al. Transbronchial drainage using endobronchial ultrasonography with sheath for lung abscess: a case report. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(20): e10812.
16. Unterman A, Fruchter O, Rosengarten D, Izhakian S et al. Bronchoscopic drainage of lung abscess using a pigtail catheter. *Respiration*. 2017; 93(2): 99-105.
17. Nagasawa KK, Johnson SM. Thoroscopic treatment of pediatric lung abscesses. *J pediatr Surg*. 2010; 45(3): 574-8.
18. Tseng YL, Wu MH, Lin MY, Lai WW, Liu CC. Surgery for lung abscess in immunocompetent and immunocompromised children. *J Pediatr Surg*. 2001; 36(3): 470-3.
19. Shweigert M, Solymosi N, Dubecz A, John J et al. predictors of outcome in modern surgery for lung abscess. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2017; 65(7): 535-41.
20. Ayed AK, Al-Rowayeh A. Lung resection in children for infectious pulmonary diseases. *Pediatr Surg Int*. 2005; 21(8): 604-8.