

# Bölüm 95

## PNÖMONİ YÖNETİMİ

Hümeýra GÜNEY<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Pnömoni, akciğer parankiminin enfeksiyonudur. Özellikle yaşlılarda ve komorbiditesi olan hastalarda morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Pnömoni genelde bakteri sebebi olduğundan antibiyotikle tedavi edilebilmektedir. Ek hastalığı olmayan hastalarda yaklaşık olarak üç haftada iyileşirken kimi hastada tamamen iyileşmesi 1-3 ayı bulabilmektedir. İmmün sistem zayıflığı, diyabet, böbrek hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kanser gibi hastalıklar pnömoni riskini artırmaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2016'da hazırladığı rapora göre (2) enfeksiyöz hastalıktan en çok ölüm oranı alt solunum yolu enfeksiyonundan kaynaklanmakta olup pnömoni dünyada en sık 4. ölüm sebebi olarak bulunmuştur. 2016 yılında dünya geneli 3 milyon kişinin ölüm sebebi pnömoni kaynaklı olarak kayıtlara geçmiştir. Pnömoni, hastane yatışlarının ise en sık ikinci sebebidir (3).

Pnömoni, kazanıldığı yere ve nedenine göre dörde ayrılır:

1. Toplum Kökenli Pnömoni (TKP)
2. Hastane Kökenli Pnömoni (HKP)
3. Sağlık Hizmeti İlişkili Pnömoni
4. Aspirasyon Pnömonisi

### 1. TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİ

Toplum Kökenli Pnömoni (TKP); akciğer parankiminin toplum içinde kazanılmış akut enfeksiyo-

nunu ifade eder. Hastaneye yatışta ilk 48 saat içinde geliyorsa ya da taburcu olduktan 48 saat sonra geliyorsa bu durum da toplum kökenli pnömoni olarak adlandırılmaktadır. TKP en sık görülen pnömonidir.

TKP'nin en sık etkeni streptokok pnömoni olmakla birlikte diğer tipik bakteri etkenleri hemofilus influenza, moraxella kataralis, stafilokok aerus, anaeroblar (aspirasyon pnömonisi etkeni), gram negatif bakteriler, pseudomonastır. Atipik bakteri etkenleri ise mikoplazma, klamidya pnömonisi, klamidya psittaci, lejyonella ( klimalar en sık nedeni), coxiella burnettidir. Tipik atipik ayrımı kültürde üreme olmasına göre yapılmaktadır. Atipik bakteriler normal kültürde üremezler. Örneğin lejyonella; idrarda özel antijen testi ile ürer (4). Respiratuvar virüsler; influenza, adenovirüs, respiratuvar sinsisyal virüs, parainfluenza, koronovirüs de pnömoni nedenleri arasında sayılmaktadır (4,5,6). Gram negatif enterik basiller ve pseudomonas daha çok pulmoner komorbiditesi olan hastalarda ya da antibiyotik tedavisine rağmen iyileşmeyen enfeksiyonlarda etken olarak görülmektedir (7).

#### a) Tanı

Ek hastalığı olmadığı sürece pnömoni tanısı koymak zor değildir. Ateş, lökositoz, akciğere lokalize olduğunu gösteren öksürük, balgam artışı, nefes darlığı, plöritik göğüs ağrısı ve radyolojide akciğer infiltrasyon bulgusu genel olarak toplum

<sup>1</sup> Aile Hekimi Uzmanı, Yığılca İlçe Devlet Hastanesi, Düzce, dr.humeyragunay@gmail.com

Prezantasyonu çoğunlukla ateş, lökositoz, öksürük, balgam artışı, nefes darlığı, plöritik göğüs ağrısı ve radyolojide akciğer infiltrasyon bulgusu ile olur. Etkeni olan patojenler tedavi ve antibiyotik seçiminde göz önünde bulundurulmalıdır. Tipik pnömoni etkenleri (S. Pnömoni, H. İnfluenza, Moraxella kataralis..vb.) ve atipik (mikoplazma, klamidy, lejyonella) etkenleri kapsayacak şekilde tedavi belirlenmelidir. Tedavi için hastaneye yatış kriterleri (CURB-65 ve PSI ( Pnömoni ağırlık skorlaması) göz önünde bulundurulmalıdır. ATS ve IDSA toplum kökenli pnömönide ilk tedavi seçeneği olarak florokinolonlardan moksifloksasin 400 mg ya da levofloksasin 750 mg günde tek doz ya da 2 veya 3. kuşak sefalosforin ile birlikte makrolit kombinasyonunu önermektedir (14). Hastaneye başvuru sonrası toplum kökenli pnömoni hastasına ilk 6 saat içinde tedavi başlanılmalı ve hastanın tedavisi 5-7 gün sürmelidir (21,22).

Toplum kökenli pnömoninin engellenebilmesi için sigara kullanılıyorsa kesilmesi tavsiye edilmeli, tüm hastalara her sene grip aşısı yapılmalı ve risk altındaki hastalara belli aralıklarla pnömokok aşısı önerilmelidir (20). 2 yaş altında ve 65 yaş üstündeki hastalarda pnömoni riski artmakta olduğundan pnömokok aşısı daha çok bu yaşlarda önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Pnömoni, tanı, tedavi, pnömokok aşısı

## KAYNAKÇA

1. Pubmed (2018). *Pneumonia: Overview 2018*, Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG), (06.09.2019 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525774/> sitesinden ulaşılmıştır.)
2. WHO (2016). *Top Ten Cause of Death 2016*, (17.07.2019 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> sitesinden ulaşılmıştır.)
3. Pfunter A, Wier LM, Stocks C. Most Frequent Conditions in U.S. Hospitals, 2011. HCUP Statistical Brief #162, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, September 2013.
4. Uptodate (2019). Ramirez JA, *Overview of community-acquired pneumonia in adults 2019*, (08.09.2019 tarihinde <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults> sitesinden ulaşılmıştır.)
5. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, Whitney C. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. Clin Infect Dis 2003; 37: 1405-33.
6. Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. (American Thoracic Society ) Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1730-54.
7. Arancibia F, Bauer TT, Ewig S, et al. Community-acquired pneumonia due to gram-negative bacteria and Pseudomonas aeruginosa. Arch Intern Med 2002; 162: 1849-58.
8. Annane D, Renault A, Brun-Buisson C, et al. Hydrocortisone plus Fludrocortisone for Adults with Septic Shock. N Engl J Med 2018; 378:809.
9. Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File TM Jr, Musher DM, Fine MJ. Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2000; 31: 347-82.
10. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax 2003;58:377-82.
11. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining communityacquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax 2003; 58: 377-82.
12. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med 1997;336:243-50.
13. Wunderink R.G., Waterer G.W., Community-Acquired Pneumonia, N Engl J Med 2014;370:543-51. DOI: 10.1056/NEJMcp1214869
14. 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.
15. Metersky ML, Ma A, Houck PM, Bratzler DW. Antibiotics for bacteremic pneumonia: improved outcomes with macrolides but not fluoroquinolones. Chest 2007;131:466-73.
16. Mayoclinic (2019), *Pneumonia* ,( 26.08.2019 tarihinde <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pneumonia/symptoms-causes/syc-20354204> sitesinden ulaşılmıştır.)
17. Brown RB, Iannini P, Gross P, Kunkel M. Impact of initial antibiotic choice on clinical outcomes in community-acquired pneumonia: analysis of a hospital claims database. Chest 2003;123:1503-11.
18. Kollef M.H., Prevention of hospital-associated pneumonia and ventilator-associated pneumonia, Crit Care Med 2004 Vol. 32, No. 6, doi: 10.1097/01.CCM.0000128569.09113.FB.
19. Sligl WI, Asadi L, Eurich DT, Tjosvold L, Marrie TJ, Majumdar SR. Macrolides and mortality in critically ill patients with community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med 2013 October 23 (Epub ahead of print).
20. Central for Disease Control and Prevention, CDC, *Pneumococcal Vaccination: Summary of Who and When to Vaccinate*, (3.09.2019 tarihinde <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/pneumo/hcp/who-when-to-vaccinate.html> sitesinden ulaşılmıştır.)

21. Wilson KC, Schünemann HJ. An appraisal of the evidence underlying performance measures for community-acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2011;183:1454-62.
22. 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.
23. Grohskopf LA, Sokolow LZ, Broder KR, et al. Prevention and Control of Seasonal Influenza With Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices-United States, 2017-18 Influenza Season. *Am J Transplant* 2017; 17:2970.