

PNÖMONİLER

3. BÖLÜM

Tuğba NAZİROĞLU¹

Giriş

Akciğer parankiminin infeksiyon ve inflamasyona pnömoni denilmektedir. Bakteri, virüs ve mantar gibi mikroorganizmalar bu inflamasyona neden olabilmektedir. İnfeksiyon harici etkenler de (radyasyon, asit-alkali madde inhalasyonu, ilaçlar vb.) akciğer parankiminde inflamasyona yol açabilmektedir.

Pnömoni tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir mortaliteye sahip bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kayıtlarına göre, en sık ölüme neden olan hastalıklar arasında 3.2 milyon/ölüm ile alt solunum yolu enfeksiyonları üçüncü sırada yer almaktadır ⁽¹⁾.

Pnömoni, hastaneye başvuran acil servis hastalarının en sık nedenleri arasında kabul edilmektedir. Acil serviste bu hastaların yönetimi hastalığın seyrinde çok önemli bir yer tutmaktadır ⁽²⁾.

Toplum Kökenli Pnömoni

Toplum kökenli pnömoni (TKP), bağışıklık sistemi normal olan bireylerin toplumdan edindiği patojenlere bağlı olarak ortaya çıkan pnömonilerdir. Günümüzde TKP halen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ⁽³⁾.

Epidemiyoloji

Pnömoniler, ülkemizde mortaliteye neden olan hastalıklar içinde beşinci, infeksiyona bağlı ölümlerde ise birinci sırada yer almaktadır. Yaş arttıkça pnömoni görülme sıklığı da artmaktadır. Pnömoni mortalitesi hastalığın ağırlığı ile de değişkenlik göstermektedir ⁽⁴⁾.

Etyoloji

TKP olgularında etken patojenin izole edilmesinin, tanı sonrası ilk dört-sekiz saatte uygun tedaviye başlanmasının mortaliteyi azalttığı gerçeği ile birlikte önemi artmaktadır ⁽⁵⁾. Fakat uygulanan tüm yöntemlere rağmen toplum kökenli pnömonide etyolojik tanı %50-80 oranında bildirilmiştir ^(6,7). Ancak standart bakteriyolojik yöntemlerin uygulandığı yani rutin laboratuvar şartlarında etken patojeni saptama oranları %21-32'lere düşmektedir ⁽⁸⁾.

Etyolojik ajanın doğru tahmin edilmesi ampirik tedavi açısından önemlidir. Bu yüzden ulusal etyolojik verilerin bilinmesi gerekmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık izole edilen etkenler; *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Influenza A virüs*, *Respiratory syncytial virüs* olmuştur ^(9,10).

¹ Uzm. Dr. Tuğba Naziroğlu / İstanbul Pendik Devlet Hastanesi, tubakara88@hotmail.com

kuşulanılmalıdır. Aspirasyon pnömonisi radyolojisinde, sıklıkla bilateral akciğerin alt lobu ve/veya alt lob superior segmentlerinde heterojen infiltrasyonlar görülmektedir. Bir aspirasyon varlığında ilk yapılması gereken üst solunum yollarının temizlenmesidir. Toplum kökenli aspirasyon pnömonili hastalarda, tavsiye edilen antibiyotik protokolü; klindamisin, ampisilin-sulbaktam gibi beta laktam-beta laktamaz kombinasyonu ya da metronidazol-penisilin kombinasyonu olmaktadır ⁽²²⁾.

Influenza Pnömonisi

H1 N1 virüsü bir influenza A virüsüdür. 3 HA ve 3 NA subtipi epidemilere yol açmaktadır. Influenza damlacık yoluyla bulaşmakta ve çoğunlukla kış mevsiminde görülme sıklığı artmaktadır. Hastalar ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, halsizlik ve kuru öksürük ile başvurabilmektedir. Akciğer görüntülemesinde bilateral yamalı infiltrasyonlar gözlenebilmektedir. H1N1 influenza tanısından en güvenilir PCR (Polymerase Chain Reaction) testidir. Influenza tedavisinde oseltamivir ve zanamivir tercih edilmektedir. Influenza H1N1 için en uygun seçenek oseltamivirdir. Oseltamivir tedavisi günde iki defa 75 mg/gün dozunda 5 gün boyunca, ağır olgularda ise 10 gün süresince uygulanabilmektedir ⁽²³⁾.

Sonuç

Pnömoni, toplumda sık görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Acil servis başvurularında ise en sık nedenler arasında yer almaktadır. Erken tanı ve uygun tedavi hastalığın prognozunda çok önemli bir yer tutmaktadır.

Kaynaklar

1. Heron, M. P. (2017). Deaths: leading causes for 2015.
2. Plouffe, J. F., & Martin, D. R. (2008). Pneumonia in the emergency department. *Emergency medicine clinics of North America*, 26(2), 389-411.
3. Metlay, J. P., Waterer, G. W., Long, A. C., Anzueto, A., Brozek, J., Crothers, K., ... & Griffin, M. R. (2019). Diagnosis and treatment of adults with

community-acquired pneumonia. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 200(7), e45-e67.

4. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık İstatistikleri (<http://www.tuik.gov.tr>)
5. 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 Opin Pulm Med* 2004; 10: 166-70
6. Bates JH, Campbell GD, Barron AL, et al. Microbial etiology of acute pneumonia in hospitalized patients. *Chest* 1992; 101: 1005-12.
7. File TM, Garau J, Blasi F, et al. Guidelines for empiric antimicrobial prescribing in community-acquired pneumonia. *Chest* 2004;125:1888-901.
8. Özlü T, Bülbül Y, Ozsu S. [Community-acquired pneumonia based on the Turkish national data]. *Tuberk Toraks* 2007;55(2):191-212. PMID:17602349
9. Sever F, Kömür N, Esen N, Gündüz AT, Öktem MA, Çımrın AH. Türkiye'de Toplum Kökenli Pnömoni Etiyoloji ve Epidemiyolojisi. *Türk Toraks Derg* 2013; 14: 5-10.
10. Köksal I, Özlü T, Bayraktar O, Yılmaz G, Bülbül Y, Öztuna F, et al. Etiological agents of community-acquired pneumonia in adult patients in Turkey; a multicentric, cross-sectional study. *Tuberk Toraks* 2010; 58: 119-27
11. Alcón, A., Fàbregas, N., & Torres, A. (2005). Pathophysiology of pneumonia. *Clinics in chest medicine*, 26(1), 39-46.
12. Özlü T, Bülbül Y, Alataş F, Arseven O, Şakar Coşkun A ve ark. Türk Toraks Derneği Erişkinlerde Toplumda Gelişen Pnömoni Tanı ve Tedavi Uzmanı Raporu. *Türk Toraks Dergisi* 2009; 10: Ek 9
13. File Jr, T. M. (2003). Community-acquired pneumonia. *The Lancet*, 362(9400), 1991-2001.
14. M File T, Bartlett JG, Thorner AR. Treatment of community-acquired pneumonia in adults in the outpatient setting. Literature review current through: UpToDate May 2016. at www.uptodate.com
15. Işık S. Akciğer infeksiyonları radyolojisi. In: Numanoglu N, Willke A, ed. Güncel Bilgiler Işığında Pnömoniler. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2000:129-72
16. Upadhyay S, Niederman MS. Biomarkers: what is their benefit in the identification of infection, severity assessment, and management of community-acquired pneumonia? *Infect Dis Clin North Am* 2013;27:19-31.
17. Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, et al. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medi-

care patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2004;164:637-44.

18. Lim, W. S., Baudouin, S. V., George, R. C., Hill, A. T., Jamieson, C., Le Jeune, I., ... & Wani, M. (2009). BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax*, 64(Suppl 3), iii1-iii55.
19. Erdem H, Kiliç S, Pahsa A, Besirbellioglu. Gram-negative bacterial resistance to cephalosporins in communityacquired infections in Turkey. *J Chemother* 2005;17:61-5.
20. Arancibia F, Bauer TT, Ewig S, Mensa J, Gonzalez J, Niederman MS, et al. Community-acquired pneumonia due to gram-negative bacteria and pseudomonas aeruginosa: incidence, risk, and prognosis. *Arch Intern Med* 2002;162:1849–1858.
21. Grohskopf LA, Sokolow LZ, Olsen SJ, et al. Prevention and control of influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, United States, 2015-16 influenza season. *MMWR*. August 7, 2015;64:818-25
22. Daoud E, Guzman J. Are antibiotics indicated for the treatment of aspiration pneumonia? *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2010;77:573-576
23. Sym D, Patel PM, El-Chaar GM. Seasonal, avian and novel H1N1 influenza: prevention and treatment modalities. *Ann Pharmacother* 2009;43:2001–11.