BÖLÜM 8

Akciğer Apsesi ve Ampiyem

Sema ÖZTÜRK[1]

Ampiyem

Ampiyem, pnömoni, travma veya toraks cerrahisine sekonder olarak gelişen plevra boşluğunun iltihabıdır. Nadiren özefagus rüptürü, kanserler ve konjenital kistler enfekte olarak ampiyeme neden olurlar.

Antibiyotikler ve pnömokok aşısının gelişmesi ile insidansı giderek azalmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yıllık bir milyon pnömoni hastasının %20-40'ında parapnömonik efüzyon görülürken sadece %5-10'u ampiyeme ilerler (1). Komplike olmayan vakalar antibiyotikler ile kolayca tedavi olabilirken uygun tedavi almamış komplike vakalarda plevra aralığına fibrin, bakteriyal ürünler ve enflamatuar hücrelerin dolması meydana nedeniye tüp drenajı ihtiyacı gelişirken bazı vakalarda ise tekrarlayan ampiyemler nedeniyle kronik ampiyem gelişir.

Risk Faktörleri

Parapnömonik efüzyon ve ampiyem için en önemli risk faktörleri aspirasyon, alkol, IV madde kullanımı, düşük sosyoekonomik durum, kötü ağız hijyeni, immünsupresyon ve yetersiz pnömoni tedavisi sayılabilir. Ayrıca erkeklerde daha sık görülür (2). İlginç şekilde inhaler glukokortikoid kullanan astım ve KOAH hastalarında ampiyem ile parapnömonik efüzyon görülme sıklığının az olduğu görülmüştür (3).

[1] Acil Tıp Uzm. Dr., Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drsemaunal@hotmail.com

Tedavi

Tedaviye ilk olarak geniş spektrumlu antibiyotikler ile başlanması gerekir. Seçilecek antibiyotik olası etyolojiye uygun olmalıdır. Tedavinin 4 haftadan kısa olmaması gerekir.

Aspirasyona ikincil oluşan hastalarda ilk seçenek tedavi penisilinlerdir. Başlangıçta IV beta laktam + beta laktamaz inhibitörü (ampisilin – sülbaktam 3gr 6 saat ara ile) verilebilir. Ayrıca tedaviye metronidazol 2gr / gün şeklinde eklenebilir. Diğer seçenek karbapenemler (imipenem veya meropenem) olabilir (13-14).

Penisilin alerjisi olan hastalarda oral klindamisin (800 mg 4 saatte bir yükleme, 4x150 – 300 mg idame) veya levofloksasin (750 mg/gün) + metronidazol (500 mg 8 saat ara ile) uygulanabilir.

Sayılan tedaviler genellikle pek çok hasta için yeterli olur ama kültür sonuçlarına göre revizyon düşünülebilir. Burada unutulmaması gereken anaerobları kültürde elde etmek zor olacağı için tedaviye anaerob etkili antibiyotiklerde eklenmelidir.

Metisilin duyarlı staphylococcus aureus (MDSA) tedavisinde sefazolin (IV 2 gr/8 saat ara ile), nafsilin (IV 2gr/4 saat ara ile) seçilebilir. Metisilin dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) varlığında ise vankomisin veya linezolid kullanılır.

Ampiyem gelişen hastalarda tüp torakostomi uygulanmalıdır. Cerrahi tedavi, 6 haftalık tedaviye yanıt alınamayan hastalarda uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Petrov DB, Subotic D, Yankov GS, Valev DG, Mekov EV. Epidemiology, Etiology and Prevention of Postpneumonectomy Pleural Empyema. *Folia Med (Plovdiv)*. 2019;61(3):352-357. doi:10.3897/folmed.61.e39120
2. Shebl E, Paul M. Parapneumonic Pleural Effusions And Empyema Thoracis. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2020. Accessed January 19, 2021. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534297/
3. Krasnik M, Storm HK, Frimodt-Møller N. [Pleural empyema]. *Ugeskr Laeger*. 1996;158(15):2109-2112.
4. Aboudara M, Maldonado F. Update in the Management of Pleural Effusions. *Med Clin North Am*. 2019;103(3):475-485. doi:10.1016/j.mcna.2018.12.007
5. Kuhajda I, Zarogoulidis K, Tsirgogianni K, et al. Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options. *Ann Transl Med*. 2015;3(13):183. doi:10.3978/j.issn.2305-5839.2015.07.08

6. Garvia V, Paul M. Empyema. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2020. Accessed January 19, 2021. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459237/
7. Redden MD, Chin TY, van Driel ML. Surgical versus non-surgical management for pleural empyema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(3). doi:10.1002/14651858.CD010651.pub2
8. Davis B, Systrom DM. Lung abscess: pathogenesis, diagnosis and treatment. Curr Clin Top Infect Dis. 1998;18:252-273.
9. Feki W, Ketata W, Bahloul N, Ayadi H, Yangui I, Kammoun S. Abcès du poumon: diagnostic et prise en charge [Lung abscess: Diagnosis and management]. Rev Mal Respir. 2019;36(6):707-719. doi:10.1016/j.rmr.2018.07.010
10. Wiedemann HP, Rice TW. Lung abscess and empyema [published correction appears in Semin thorac Cardiovasc Surg 1995 Oct;7(4):247]. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 1995;7(2):119-128.
11. Davis B, Systrom DM. Lung abscess: pathogenesis, diagnosis and treatment. Curr Clin Top Infect Dis. 1998;18:252-273.
12. Soares D, Reis-Melo A, Ferraz C, Guedes Vaz L. Nocardia lung abscess in an immunocompetent adolescent. BMJ Case Rep. 2019;12(1):bcr-2018-227499. Published 2019 Jan 10. doi:10.1136/bcr-2018-227499
13. Allewelt M, Schüler P, Bölcskei PL, Mauch H, Lode H; Study Group on Aspiration Pneumonia. Ampicillin + sulbactam vs clindamycin +/- cephalosporin for the treatment of aspiration pneumonia and primary lung abscess. Clin Microbiol Infect. 2004;10(2):163-170. doi:10.1111/j.1469-0691.2004.00774.x
14. Ott SR, Allewelt M, Lorenz J, Reimnitz P, Lode H; German Lung Abscess Study Group. Moxifloxacin vs ampicillin/sulbactam in aspiration pneumonia and primary lung abscess. Infection. 2008;36(1):23-30. doi:10.1007/s15010-007-7043-6