

Plevral Amibiasis (Bir Olgu Nedeniyle)*

Neslihan İthan Mutluay**, Deniz Oğuz**, Nihal Başay**,
Hülya Bayız**, Bahadır Berktaş**, Mirt Berkoğlu**

ÖZET

Plevral efüzyon nedeniyle takip edilen 24 yaşında erkek hastada etyolojiden *Entamoeba histolytica*'nın sorumlu olduğunu saptandı. Karaciğer tutulumu olmaksızın plevral amibiasis görülmesi nadir olduğundan olgu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Plevral efüzyon, amibiazis

SUMMARY

A Case of Plevral Amebiasis

This report describes unusual clinical presentation and etiology in a 24 yrs old male, with pleural disease. *Entamoeba histolytica* has caused pleurisy without any hepatic manifestation.

Keywords: Pleural fluids, amebiasis

GİRİŞ

Amibiasis etkeni *Entamoeba histolytica*'dır. Dünyanın her yerinde görülebilirse de tropikal ve subtropikal ülkelerde daha sıktır.

İnsanlar hastalığa, enfekte kişinin feçesiyle atılıp su ve yiyecekleri kontamine eden kistleri sindirim yolundan alarak yakalanır. Kistler kolonda hareketli trofozoit şekline geçer. Trofozoitler barsak mukozasında erozyon ve ülserle yol açarak portal sistem yoluyla karaciğere (KC) gidip KC amip apselerini oluşturur. KC'deki apseler çoğunlukla sağ lobun diaframatik yüzüne yerleşir.

Amipin toraksa girişi en sık olarak KC yolundan apsenin yayılışıyla olur. Diğer nadir yol ise hematogen yolla yayılımdır (1).

OLGU:

24 yaşında, erkek hasta. Haziran 1997'de yaklaşık üç aydır olan ateş, terleme, halsizlik, öksürük, sol göğüs ağrısı yakınmaları ile yatırıldı. Öz geçmişinde bir yıl önce amipli dizanteri geçirme öyküsü vardı.

Fizik muayenede vital bulgular stabildi. Solunum sistemi muayenesinde sol hemitoraks solunuma kısıtlı katılıyordu,

solda skapula altında matite alınıyordu. Aynı bölgede solunum sesleri işitilmiyordu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar incelemelerinde lökosit 14400/mm³, sedimentasyon hızı 48 mm/saat idi. Biokimyasal parametreler normaldi.

Gaitanın direkt mikroskopisinde amip kisti saptandı. Posteroanterior akciğer (AC) grafisinde; sol AC de 3. ön kot ucuna uzanan homojen dansite artışı vardı.

Batın ultrasonografi (USG) incelemesinde hepatosplenomegali saptandı.

Hastaya plörezi ön tanısıyla soldan ponksiyon ve biyopsi yapıldı. Alınan materyal ampiyem görünümünde olup biyokimyasal incelemesinde; Glukoz: %0, Protein %3,5, ADA: 37,5, Albumin: 2,6 gr. Rivalta ++ idi.

Mikroskopik incelemede; %71 polimorfonüveli lökositler, %29 lenfosit vardı. Plevra biopsi sonucu akut iltihabi reaksiyon olarak raporlandı.

Amipli dizanteri öyküsü nedeniyle plevral amibiasisten şüphe edilerek gönderilen plevra sıvısında çok sayıda *Entamoeba histolytica* trofozoit ve kisti görüldü. Hastaya am-

* Bu olgu Toraks Derneği İkinci Ulusal Kongresi (6.10.1998 Antalya)'da sunulmuştur.

** Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi, Ankara

piyem nedeniyle göğüs tüpü takıldı.

Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) kardiyomegali, perikardial efüzyon, sol drene ampiyem görüldü. Bunun üzerine yapılan ekokardiografide sağ ventrikül iç boşluğu normalin üst sınırında olarak raporlandı.

Hastaya Flagyl flakon 4x1 ile tedavi başlandı. 21 gün uygulandı. Hemokültürde Staf. aureus üremesi nedeniyle ampiyem sekonder olarak gelişmiş olacağı düşünülüp tedaviye ampisilin + sulbaktam eklendi.

Hastada göğüs tüpü drenajı ile enfeksiyon kontrol altına alınamayınca dekortikasyon uygulandı. Dekortikasyon materyali "kronik nonspesifik plörit" olarak rapor edildi. Operasyon sırasında alınan plevral sıvıda amip trofozoit ve kisti görülmedi.

Semptomları gerileyen hasta taburcu edildi. Taburculuğunda gaita amip yönünden negatifti.

2 ay sonra kontrole gelen hastanın yapılan tetkiklerinde gaitada amip saptanıp 3 hafta Biteral tb. 2x2 uygulandı. Bu sırada AC bulguları normaldi. Kontrol Toraks BT de patoloji yoktu.

Hasta, Kasım 1997'de kuru öksürük, sağ yan ağrısı şikayeti ile tekrar başvurdu. Fizik muayenede patoloji saptanmadı. PA AC grafisinde her iki kostofrenik sinüs kapalı olarak izlendi. Sağ AC den plevra biyopsisi ve sıvı alındı. Patoloji sonucu kr. nonspesifik plörit olarak raporlandı. Sağ AC'den alınan sıvıda amip kisti saptanan hastadan gastroenteroloji konsültasyonu istendi. Batın USG, ince barsak grafisi ve rektoskopi yapıldı. İntestinal amibiasise ait bulgu olmadığı bildirildi. İntaniye kliniği ile konsülte edilen hastanın takibe alınması, eğer apse formasyonu oluşursa tedavi uygulanması önerildi. Bunun üzerine hasta tedavi verilmenden taburcu edildi.

1 ay sonra kontrole gelen ve yakınması olmayan olgunun toraks USG tetkikinde minimal plevral sıvı vardı. Hasta halen takibimiz altındadır.

TARTIŞMA

Hepatik hastalıkta %7-20, intestinal hastalıkta %2 oranında torasik amibiasis gelişir. Plöropulmoner hastalığın 3 majör formu tanımlanmıştır. Sıklıkla KC'deki rüptüre olmuş apsenin komşuluk veya sempatik reaksiyonuyla gelişir. Diğer görünüm KC apsesinin rüptüründen sonra gelişen üçüncü görünüme; apse ile parankimin tutulumu, konsolidasyon

veya hepatobronşial fistüldür.

Plöropulmoner amibiasis nadiren KC tutulumuna ait belirti olmadan da görülebilir. Böyle olgularda amip AC ve plevraya hemoroidal venler, lenfatikler ve duktus torasikus ve portokaval anastomozlar yoluyla ulaşır (1). Bizim hastamızda KC de patoloji olmadığından plevral amibiasisin bu yolla geliştiği düşünüldü.

Amibiasiste torasik hastalık ile beraber perikardial enfeksiyon gelişebilir. Kardiak tamponat ve ölüm, konjestif kalp yetmezliği veya perikardit veya hafif kardiak semptomlar olabilir (1).

Ibarrá-Perez torasik komplikasyonlu hastaların yaklaşık %10'unda perikardial hastalık bildirmişlerdir (2). Buna karşılık McLeod's ve Adam 5000 olguluk bir seride bunu %1 olarak bulmuşlardır (1).

Amibiasiste radyografik ve ultrasonik tetkikler tanıya yardımcıdır. AC grafisinde genellikle az miktarda plevral efüzyon, KC apsesi varsa sağ diafragmada yükseklik, bazal disk atelektazisi görülür.

KC'den komşuluk yoluyla oluşan plevral sıvı genellikle serofibrinözür. Polimorf nüveli lökositler hakimdir. Olguların bir kısmında sekonder olarak ampiyem gelişir. Transdiaphragmatik rüptür sonucu gelişen plevral sıvı ise kahverengi çikolata sosu veya ançuez ezmesi görünümündedir.

Plevral veya perikardiyal amibiasis tedavisinde drenaj (ampiyem, perikardit varlığında) ve tıbbi tedavi uygulanır. Metranidazol 750 mgr. günde 3 kez 10 gün uygulanır. Diğer seçenekler Iodoquinol (650 mgr. günde 3 kez oral 20 gün), paromomycin (500 mgr. günde 4 kez oral) chloroquine veya diloxanid'dir. Ciddi apse komplikasyonları (peritonit gibi), perikardial hastalık gelişiminde tedavide dihidroemetin kullanılır (1). Biz hastamıza iki ayrı zamanda 2 gr/gün Metranidazol tedavisi uyguladık.

KAYNAKLAR

1. Griffiths K.J., Wyler D.J. Protozoan Infections of the Thorax. In Fishman P.A. Elias A.J. eds. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders New York 1998, 2379 - 2382
2. İberrá - Perez C. Thoracic complications of amebic abscesses of the liver: Report of 501 cases. Chest 1981; 79: 672-77.