

Pnömosel ve Pnömotoraksın Eşlik Ettiği İlginç Bir Toplum Kökenli Pnömoni Olgusu

Öner Balbay, Ege Güleç, Ali Nihat Annakkaya, Cahit Bilgin
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet

Enterobakter türü mikroorganizmalar, sağlıklı insanlarda nadiren hastalığa neden olurlar. Enterobakter infeksiyonlarının özellikle yoğun bakım üniteleri (YBÜ) olmak üzere hastanede uzun süre yatanlarda görüldüğü bildirilmiştir. Diğer majör risk faktörleri ise, antimikrobiyal ajanların yanlış kullanımı, altta yatan ciddi durumlar (örneğin, diyabet, maligniteler, yanıklar, mekanik ventilasyon), intravenöz kateter gibi yabancı araçların kullanımı ve immünsüpresyondur. 21 yaşında sağlıklı genç bir hastada Enterobacter spp izole edilen, pnömosel ve pnömotoraksın eşlik ettiği toplum kökenli pnömoni sık olarak karşılaşılmayan bir tablo olması nedeniyle sunulmuştur.

Akciğer Arşivi: 2005; 6: 166-168

Anahtar Kelimeler: Enterobacter spp, toplum kökenli pnömoni, pnömosel, pnömotoraks

Summary

An Interesting Case of Community-Acquired Pneumonia With Pneumotocele and Pneumothorax

Enterobacter species rarely cause disease in a healthy individual. The patients most susceptible to acquiring Enterobacter infections are those who stay in the hospital, especially in the intensive care unit (ICU), for prolonged periods. Other major risk factors are the prior use of antimicrobial agents, serious underlying conditions (eg, diabetes, malignancies, burns, mechanical ventilation), use of foreign devices such as intravenous catheters, and immunosuppression. We reported twenty one-year-old healthy young man with community-acquired pneumonia caused by Enterobacter spp, in association with pneumotocele and pneumothorax for its rarity.

Archives of Lung: 2005; 6: 166-168

Key Words: Enterobacter spp, community-acquired pneumonia, pneumotocele, pneumothorax

Giriş

Enterobakter türü mikroorganizmalar, sağlıklı insanlarda nadiren hastalığa neden olurlar (1). Son National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) sistem bildirisinde Haziran 1990' dan Mayıs 1999' a kadar yoğun bakım ünitelerinde meydana gelen pnömonilerin etyolojisinde Enterobacter spp (%11.2), Staphylococcus aureus (%18.1), Pseudomonas aeruginosa (%17)' dan sonra 3. sırada yer almasına rağmen nadir olarak toplum kökenli pnömoniye neden olmaktadır (1, 2). Günümüzde ileri tanı olanaklarına karşın, toplum kökenli pnömoni olgularının yarısından çoğunda etken mikroorganizma saptanamamaktadır (3). Tanıda zaman kaybı nedeniyle ampirik antibiyotik tedavisi gerekmektedir (4, 5). Pnömoni tedavisindeki gecikmenin morbidite ve mortaliteyi arttırdığı

bilinmektedir (6). 21 yaşında immünsüpresif olmayan genç bir hastada Enterobacter spp izole edilen, pnömosel ve pnömotoraksın eşlik ettiği toplum kökenli pnömoni olgusu nadir olarak görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu

21 yaşında sigara içmeyen erkek hasta, on gündür istirahatte olan nefes darlığı, nefes alıp vermekle artan retrosternal göğüs ağrısı, öksürük ve bir haftadır sarı-kahverengi 10 ml/gün balgam şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastaya bir hafta önce başka bir sağlık kuruluşunda pnömotoraks tanısıyla toraks tüpü takılmış ve tedavi sonrası çıkarılmıştı. Fizik muayenesinde; arteriyel tansiyon 120/80 mmHg, nabız 98/dk, ateş 37.8 °C idi. Solunum

sesleri bilateral azalmıştı. Laboratuvar bulguları; lökosit: 13000 K/UL, sedimentasyon: 60 mm/s, ASO: 101 IU/ml (normal <80 IU/ml), CRP: 29,1 mg/dl (normal <5 mg/dl). Biyokimya parametreleri normaldi. Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde, bilateral alt ve orta alanlarda kaviteşyon içeren opasiteler mevcuttu (Resim 1). Farklı merkezde çekilen bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral akciğer parankiminde yaygın değişik büyüklüklerde, bazıları kaviteşyon gösteren multipl nodüler lezyonlar izlenmekteydi (Resim 2). Hastaya ampicilin-sulbaktam ve klaritromisinden oluşan ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Paranazal BT normaldi. Echinococcus spesifik Ig E negatifti. Balgam bakteri kültüründe Enterobacter spp. üretti. Kültür antibiyogram sonucu ampicilin-sulbaktama duyarlıydı. Antibiyotik tedavisine üç hafta devam edildi. Hastanın bir ay sonra çekilen PA akciğer grafisi normaldi (Resim 3) ve iki ay sonra çekilen kontrol toraks BT' de kaviteşyon gösteren multipl nodüler lezyonlar silinmişti (Resim 4).

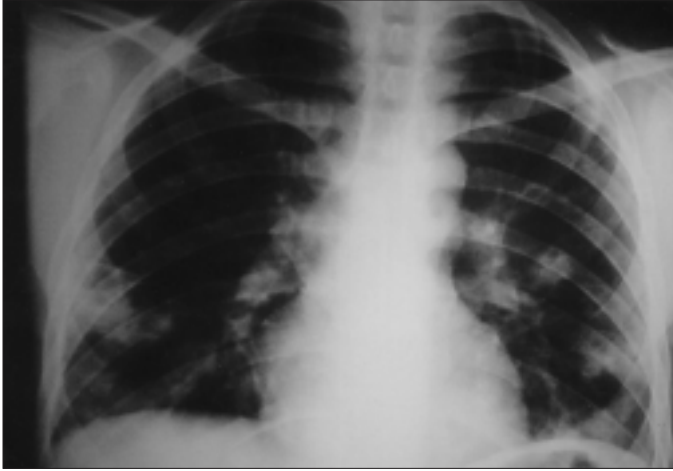
Tartışma

Enterobacteriaceae (özellikle Klebsiella, Enterobacter, Serratia marcescens, Escherichia coli ve Proteus mirabi-

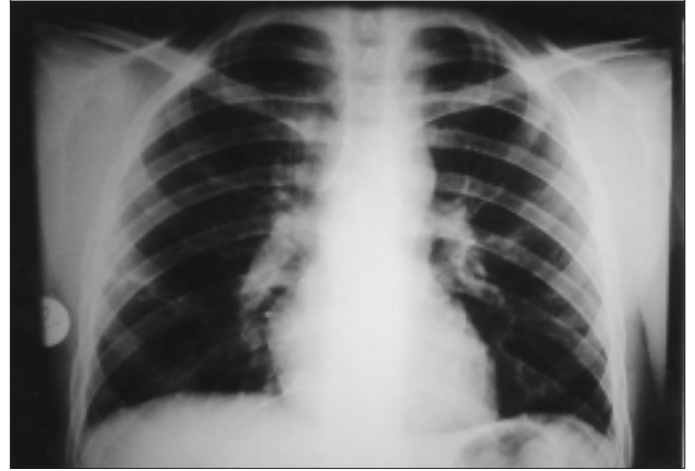
lis) başta olmak üzere P. aeruginosa, Acinetobacter, Haemophilus influenzae ve Legionella pneumonia gibi gram-negatif bakterilerin büyük bir çoğunluğu pnömoni etkenidir (7). Gram-negatif basiller, toplum kökenli pnömoniyeye yol açan etkenlerin %1-8'ini oluşturmaktadır (8). Genellikle etkilenen hastalarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik sistemik hastalık, yeni geçirilmiş ameliyat gibi predispozan faktörler mevcuttur (7). Olgumuz toplumdan kazanılan pnömonilerde, altta yatan hastalığı bulunmayan bireylerde de nadir görülen mikrobiyal etkenleri akılda tutmak gerektiğini düşündürmesi açısından öğreticidir.

Enterobacter enfeksiyonları sıklıkla immün sistemi olgunlaşmamış veya gram negatif kolonizasyonun bulunduğu, aspirasyona eğilimli neonatal ve yaşlılarda görülmektedir (8). Önceden antibiyotik kullanımı Enterobacter pnömonisi için predispozan olabilmektedir (8). Olgumuz 21 yaşında olması ve önceden antibiyotik kullanımı öyküsü bulunmamasıyla literatürde tanımlanan olgulardan farklıdır.

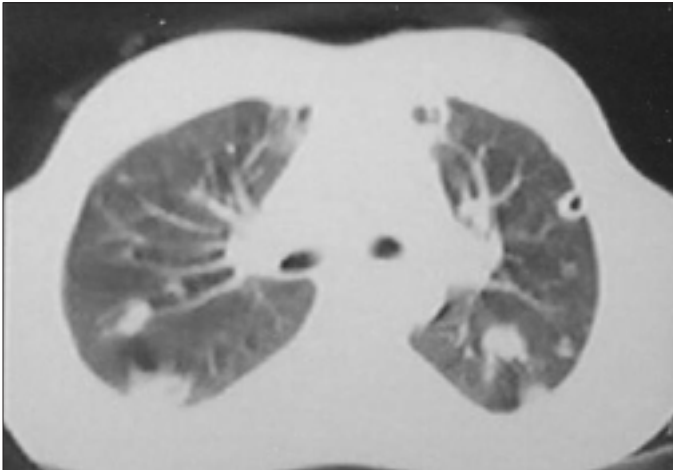
Enterobacter türü mikroorganizmalar alt solunum yollarında pnömoni, apse ve ampiyeme neden olabilirler (8). Gram-negatif bakteri pnömonilerinin radyolojik paternleri



Resim 1: Hastanın tedavi öncesi PA akciğer grafisi.



Resim 3: Hastanın 1 ay sonra çekilen PA akciğer grafisi.



Resim 2: Hastanın tedavisi öncesi toraks BT'si.



Resim 4: Hastanın 2 ay sonra çekilen kontrol toraks BT'si.

küçük belirsiz nodüllerden yama tarzında konsolidasyonlara kadar değişiklik gösterebilmektedir. Genellikle konsolidasyonlar multifokal ve bilateraldir. Alt loblar hemen her zaman etkilenir. Hastaların yarısında orta ve üst loblar da tutulur (7). Olgumuzda bilateral akciğer parankiminde bazıları kaviteye gösteren multipl nodüler lezyonlar izlenmekteydi. Olgumuzun ilk başvurduğu merkezdeki prezentasyonu pnömotoraks olup, hızla ilerleyen pnömoni ve bunun sonucunda oluşan pnömosellere bağlı bir komplikasyon olduğu düşünüldü.

Enterobacter pnömonilerine tanı koymada en önemli yol balgam kültürüdür (8). Bizim olgumuza da kültür sonuçlarına göre tanı koyduk.

Yenidoğanda Enterobacter cloacae'nın neden olduğu bir pnömosel olgusu 1994 yılında Glustein (9) tarafından bildirildiği halde erişkinde Enterobacter spp' e neden bağlı pnömosel içeren toplum kökenli pnömoni olgusuna rastlanmamıştır. Olgumuz nadir gözlenmesi nedeniyle tartışmaya sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Cunha BA. Enterobacter: Colonization & Infection. Infect Dis Pract 1999; 23: 41-8.
2. National Nosocomial Infections Surveillance System: National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System report, data summary from January. Am J Infect Control 1999 Dec; 27(6) : 520-32.
3. Bates JH, Campbell GD, Baron AL, et al. Microbial etiology of acute pneumonia in hospitalized patients. Chest 1992; 101: 1005-12.
4. Özlü T. Toplum kökenli tipik pnömoniler. Sendrom 1996; 8 (6): 41-6.
5. Campbell GD. Overview of community-acquired pneumonia; prognosis and clinical features. Med Clin North Am 1994; 78: 1035-48.
6. Tang CM, MacFarlane JT. Early management of younger adults dying of community acquired pneumonia. Respir Med 1993; 87: 289-94.
7. Işık S. Akciğer Enfeksiyonları Radyolojisi. In: Numanoglu N, Wilke A. Pnömoniler. Ankara: Bilimsel Tıp, 2000: 140
8. Skerrett SJ. Diagnostic testing for community-acquired pneumonia. Clin Chest Med. 1999 Sep; 20(3):531-48.
9. Glustein JZ, Kaplan M. Enterobacter cloacae causing pneumonia in a neonate. Acta Paediatr 1994; 89: 990-91.