

Kliniğimizde İzlenen Toplum Kökenli Pnömonili Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi

A. Esra Kunt Uzaslan*, Bekir Akar**, Fatih Turan**, Ahmet Ursavaş**, Nihat Özyardımcı*, Eser Gürdal Yüksel*, Mehmet Karadağ*, R.Oktay Gözü*, Ercüment Ege*

ÖZET

Pnömoniler, yeni bulunan antibiyotiklere, aşılarla ve uygulanan geliştirilmiş destek tedavilere rağmen hala morbiditesi yüksek ve fatal olan infeksiyon hastalıklarındandır. Hastanın yaşı ve eşlik eden diğer hastalıkları pnömoniye neden olan mikroorganizmaları belirleyen faktörlerdir. Hastalığın ve klinik bulguların ağırlığını belirleyen etkenler konağın savunma mekanizmaları ve infeksiyöz patojenin virulansıdır. Pnömoninin mortalite ve morbiditesi etkili antimikrobiyal tedavinin hemen uygulanmaya başlanması ile azaltılabilir. Bu çalışmada 1997-1998 yılları arasında kliniğimizde yatırılarak tedavi ettiğimiz 68 pnömonili olgunun klinik bulgularını ve bu olgularda uygulanan tedaviyi değerlendirmeyi amaçladık. Olguların 26'sını kadınlar (%38), 42'sini erkekler (%62) oluşturmaktaydı. Olguların % 54'ünün eşlik eden diğer bir hastalığı mevcuttu. Lober pnömoni olguların akciğer grafilerinde en sık görülen radyolojik bulguydu. Balgam kültürlerinden en sıklıkla izole edilen etken mikroorganizma *S.pneumoniae*'di. Beta - laktam antibiyotikler pnömoni nedeni ile klinikte yatırılarak izlediğimiz olgularda öncelikle uygulanan antibiyotikler iken, beta-laktamlar içinde imipenam / silastatin yoğun bakım ünitesinde izlediğimiz pnömonili olgularda en sıklıkla uygulanan antibiyotikti. Olgularımızın hastanede kalma süreleri ortalama olarak 14.9±8.3 gün, ortalama antibiyotik kullanım süreleri 12.0±5.4 gün ve mortalite oranı %5.8 olarak saptandı..

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, Hastanede Tedavi

SUMMARY

Retrospective Evaluation of the Community Acquired Pneumonia Cases Followed in Our Clinic

Despite the introduction of newer antibiotics, vaccinations, and better supportive care, community acquired pneumonia remains a common, frequently fatal disease. Age and coexisting illness influence which infectious agents are most likely to cause infection. Severity of illness and clinical features are influenced by various host factors and by the virulence of the infectious agent. Mortality and morbidity are reduced by the rapid institution of appropriate antimicrobial therapy. In this study we evaluated 68 cases of pneumoniae, who had been hospitalized in our clinic between 1997 and 1998, with their clinical findings and therapeutic modalities. 26 of the cases were female (%38) and 42 of them were male (%62). % 54 of the cases had an underlying disorder. Lobar pneumoniae was the most common pattern on the chest radiographs. The main causal microorganism isolated from sputum culture was *S.pneumoniae*. Beta-lactam antibiotics were the most frequently prescribed drugs for patients admitted to clinic ward, whilst imipenam- silastatin was the most frequently given antibiotic to patients treated in intensive care unit. The mean hospitalisation period of our cases was 14±8.3 days, the mean period of the antibiotic treatment was 12.0±5.4 days, and mortality rate of the patients was 5.8%.

Key Words: Pneumoniae, Hospital Admitted, Treatment

* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

GİRİŞ

Toplum kökenli pnömoniler (TKP) yeni bulunan antibiyotiklere ve koruyucu önlemlere rağmen hala oldukça sık rastlanılan ciddi hastalıklar arasında yer almaktadırlar. Ayaktan tedavi edilen olgularda mortalite oldukça düşüktür (% 1-5) ancak hastaneye yatırılan ve yoğun bakım ünitesine sevk edilen olgularda bu oran % 25'e kadar yükselebilir. Klinik ve radyolojik bulguların oldukça nonspesifik olması, tanı amacıyla kullanılan testlerin etyolojik patojeni saptamadaki sınırlılığı, başlangıç tedavisinin empirik olmasına yol açmaktadır. Tedavide en iyi yöntem etyolojik ajanı bir an önce tanımak ve buna uygun antibiyotigi kullanmak olmakla birlikte, olguların % 50'sinde etken patojen saptanamamaktadır. Günümüzde halen bütün potansiyel patojenlerin tanınmasında kullanılabilecek tek bir yöntem henüz geliştirilememiştir (1-4).

Hastaneye yatırılarak tedavi edilen TKP olgularının %20-50'sinde etken patojen mikroorganizma *Streptococcus pneumoniae*'dir (1,3). Prospektif yapılan çalışmalarda pnömokoksik pnömoni insidansı %30-40 oranında bildirilmiştir (1). Son yıllarda Fransa, İspanya ve Macaristan'da yapılan çalışmalarda pnömokokların penisiline direnç geliştiği oranının arttığı saptanmıştır (5-7). Hastaneye yatırılarak tedavisi gereken olguların %10-20'sinde pnömoni epizodunun nedeni *Haemophilus influenzae* ve *Mycoplasma pneumoniae*'dir (8,9). Hastaneye yatırılarak tedavisi gereken TKP olgularının yaklaşık % 2'si yoğun bakım ünitesinde izlenmesi gerekmektedir (1). Bu ağır tablodaki olgularda da pnömöniden sorumlu etyolojik ajan öncelikle *S.pneumonia* (%10-36) ve *Legionella pneumophila* (%8-30) dir (1). Bu olgularda etken olabilen diğer ajanlar *H.influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* ve nadiren de virüslerdir. Bu hastalarda pnömoni ataklarının % 6'sının nedeni mikst enfeksiyonlardır (1). Toplum kökenli pnömoni geçiren bir olgunun hastanede yatırılarak tedavisinin izlenmesini gerektiren faktörlerin başında yaşı ve önceden varolan hastalıkları (KOAH, Konjestif Kalp Yetmezliği, Diabetes Mellitus), aspirasyon şüphesi (alkolizm, i.v. ilaç kullanımı, bilinç bulanıklığı, nörolojik problemler), immunosupressif durumda oluşu (steroid tedavi, diğer immunosupressif ajanlarla tedavi) ve son 1 yıl içinde hastanede pnömoni nedeniyle tedavi olmuş olması gelmektedir. Hastaneye başvuru sırasında olgunun bazı klinik, radyolojik, laboratuvar bulgularını prognozu ve yoğun bakımda tedavi gerekliliğinin tahminine yardımcı olmaktadır (10). Fizik muayene, laboratuvar, radyolojik bulguların varlığına ve klinik tabloya göre olgunun geçirmekte olduğu pnömöninin şiddeti ve ağırlığına karar verilerek, antibiyotik tedavisi düzenlenmektedir. Çalışmamızda pnömoni tanısı ile kliniğimizde yatırılarak izlediğimiz olguları ve bu olguların prognozunu etkileyen, tedavisini yönlendiren faktörleri irdelleyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya 1997 Ocak-1998 Mayıs ayları arasında U.Ü.T.F Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz ABD'da toplum kökenli pnömoni tanısı ile yatırılarak tedavi edilen 68 olgu alındı. Olgulardan ayrıntılı klinik anamnez alınarak fizik muayeneleri yapıldı. Başvuru esnasındaki rutin laboratuvar tetkiklerine ek olarak kültür için balgam

örnekleri ve ateşlerinin yüksek olduğu dönemde kan kültürleri alındıktan sonra antibiyotik tedavileri başlandı. Balgam örneklerinin kültürüne ek olarak Gram boyama incelemesinin yapılması sağlandı. PA Akciger grafi, yan grafi gibi radyolojik değerlendirmenin yanı sıra komplikasyon düşünülen olgularda toraks ultrason ve toraks bilgisayarlı tomografisi çekildi. Tedavinin 72. saatinde klinik tabloda düzelleme olmayan ve ağırlaşan olgularda laboratuvar ve radyolojik tetkiklere ek olarak bütün olgularda balgam örneklerinin incelenmesi ve hemogramları tekrarlandı. Olguların özellikleri ve uygulanan antibiyotik tedaviye verdikleri klinik, radyolojik, laboratuvar yanıt, oluşan yan etkiler ve komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR

1997 Ocak-1998 Mayıs ayları arasında U.Ü.T.F Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz ABD kliniğinde pnömoni tanısı ile yatırılarak izlenen 26 kadın, 42 erkek, 68 olgunun %42.7'sini 60 yaşın üzerindeki oluşturuyordu (Tablo I). Olguların % 47'si (n=32) sigara içmekteydi.

Olguların başvuru esnasında değerlendirdiğimiz, tedavi ve prognozu etkileyebileceğini düşündüğümüz vücut yapıları ve kitle indekslerine göre 28 hastanın vücut kitle indeksi normal üstündeydi (Tablo II).

Olguların % 54'ünde (n=37) klinik tabloya eşlik eden başka bir hastalık vardı. %35.3 olguda KOAH, % 6 olguda konjestif kalp yetmezliği, % 4 olguda diabetes mellitus, %4 olguda akciğer malignitesi, %3 olguda bronşektazi, %3 olguda kronik renal yetmezlik ve değişen oranlarda diğer hastalıklar mevcuttu.

Olgularımızın ilk değerlendirilmelerinde %5.9'unun hipotansiyon (Tablo III) ve % 44'ünün taşikardik (Tablo IV) durumda olduğunu saptadık.

Hastalarımızın ilk klinik ve radyolojik değerlendirilmelerine göre, olguların %79'unu lobar pnömoni ile olgular oluşturuyordu (Tablo V) ve bütün olgular gözönüne alındığında hastaların %65'inde akciğerin tek lobunun hastalığa katıldığını düşündüren

Tablo I. Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

YAŞ	SAYI	YÜZDE
20 <	0	0
20-29	7	10.3
30-39	7	10.3
40-49	10	14.7
50-59	15	22.0
60>	29	42.7
TOPLAM	68	100

Tablo II. Olguların Vücut Kitle İndekslerine Göre Dağılımı

VKI	SAYI	YÜZDE
Veri yok	25	36.8
Veri var	43	63.2
TOPLAM	63	100
Zayıf	5	11.6
Normal	13	30.2
Hafif şişman	15	34.4
Şişman	10	23.3
Çok şişman	-	-
TOPLAM	43	100

radyolojik imaj mevcut iken, %17.6'sında yaygın hastalıkla uyumlu görünüm izlenmekteydi (Tablo VI).

Olgularda ilk yapılan değerlendirmeye göre % 73.6 'sında (n=50) hafif ve orta şiddette, % 26.4'ünde (n=18) ağır infeksiyon tablosu olduğuna karar verilerek tedavileri yönlendirildi. Olguların öncelikle yakındıkları semptomların başında öksürük, balgam, ateş ve nefes darlığı gelmekteydi. Şifa ile tedavi olan olgularda bu semptomların ortadan kalktığı gözlemlendi (Tablo VII).

İnfeksiyon etkeni patojeni saptamak için alınan balgam örneğinde olguların ancak %32.4'ünde ilk bakıda bakteriyel üreme sağlandı (Tablo VIII). Olguların balgamlarının tedavi sonunda II. bakıllarında bakteriyel üreme saptanmadı.

Olguların %3'ünde tedavi öncesi lökosit sayısı milimetreküpde 4000'in altında iken hiç bir olguda 30000'in üzerinde değildi (Tablo IX).

Hastaların klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguları, balgam direkt preparatta Gram boyama sonuçları değerlendirilerek ampirik antibiyotik tedavisine başlandı. Tedavi, balgam kültürü sonuçlarına ve ampirik tedaviye verilen yanıtı göre tekrar değerlendirilerek, bazı olgularda tedavi değişikliği yapıldı (Tablo X - XI).

Hastaların balgam bakıllarında üreyen bakteri ve klinik durumları

Tablo III. Olguların Arteriyel Kan Basıncılarına Göre Dağılımı

KAN BASINCI	SAYI	YÜZDE
Düşük (90/65)	4	5.9
Normal (90-140/65-90)	54	79.4
Borderline (140-160/90-95)	7	10.3
Yüksek (160/95 üzeri)	3	4.4
TOPLAM	68	100

Tablo IV. Olguların Brakiyal Nabız Sayılarına Göre Dağılımı

NABİZ	SAYI	YÜZDE
Bradikardik	0	0
Normal	32	47.1
Ara değer	6	8.8
Taşikardik	30	44.1
TOPLAM	68	100

Tablo V. Olguların Aldıkları Taniye Göre Dağılımı

TANI	SAYI	YÜZDE
Lober pnömoni	54	79.4
Bonkopnömoni	9	13.2
Bronşit	5	7.4
Nazokomiyal pnömoni	-	0
Sepsis	-	0
TOPLAM	68	100

Tablo VI. Olguların İnfeksiyonunun Yerleşim Yeri Göre Dağılımı

YERLEŞİM	SAYI	YÜZDE
Tek Lob Tutuluşu	44	64.8
İki Lob Tutuluşu	12	17.6
Yaygın	12	17.6
TOPLAM	68	100.0

değerlendirilerek düzenlenen tedavi süresince, olguların % 10.3'ünde (n=7) uygulanan ilaçlara bağlı yan etkiler gelişti. Yine olguların %1.5'inde (n=1) yeni bir alt solunum yolu infeksiyonu hastalık tablosuna eklendi.

Olguların 14'ü (%20) klinik tablosunun ağırlığı nedeni ile yoğun bakımda izlenmekle birlikte 4'ü (%5.8) gelişen komplikasyonlar nedeni ile kaybedildi. Ancak % 73.5'i şifa ile taburcu edildi (Tablo XII).

Otuzüç olguda tedavi sürecinde veya tedavinin bitiminde tekrarlanan balgamın bakteriyolojik değerlendirilmesi sonucun-

Tablo VII. Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptom ve Fizik Bulgularının Sıklık Sırası ile Dağılımı

SEMPTOMLAR	TEDAVİ ÖNCESİ % OLGU	TEDAVİ SONRASI % OLGU
Öksürük	89.7	11.7
Balgam	72.0	7.4
Ateş	69.2	5.9
Nefes darlığı	67.6	14.7
Halsizlik	72.0	17.6
Titreme	19.1	-
Göğüs Ağrısı	33.8	4.4
Uyuşukluk	4.4	-
Bel ağrısı	7.4	-
FİZİK BULGULAR		
Ral	82.4	44.1
Taşipne	16.1	44.1
Plevralefüzyona ait bulgular	14.7	10.3
Ödem	11.7	5.8
Diğer bulgular	41.2	8.8
Lenfadenopati	1.5	1.5

Tablo VIII. Olgularda Alınan Balgam Örneklerinde İzole Edilen Etkenlerin Sıklık Sırasına Göre Dağılımı (I. BAKI)

BAKTERİ	SAYI	YÜZDE
Üreme yok	46	67.6
Üreme var	22	32.4
TOPLAM	68	100.0
Streptococcus pneumoniae	11	16.2
Gram negatif bakteriler	8	11.8
Staphylococcus aureus	5	7.4
Diğer streptokoklar	7	10.3
Haemophilus influenzae	2	2.9
A grubu streptokoklar	-	-
Pseudomonas aeruginosa	2	2.9

Tablo IX. Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Lökosit Sayılarına Göre Dağılımı

Lökosit Sayısı / mm ³	Olgu Yüzdesi % Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası
4000 ↓	3.0	10.3
4000-10.000	33.8	70.6
10.000-20.000	58.8	14.7
20.000-30.000	4.4	4.4
30.000 ↑	0	0

da, 26 (% 78) olguda etken patojenin eradike edildiği saptandı (Tablo XIII).

Olguların hastanede ortalama kalış süreleri 14.9±8.3 gün, ortalama antibiyotik kullanım süresi 12.0±5.4 gün olarak saptandı.

TARTIŞMA

Çalışmamızda toplum kökenli pnömoni (TKP) tanısı ile kliniğimizde yatırılarak izlenen olgularda prognozu etkileyen risk faktörlerini ve tedaviye yanıtı analiz etmeyi amaçladık. Son yıllarda hastaneye yatırılarak izlenmesi gereken TKP'li olguların özellikleri yayınlanan ulusal ve uluslararası uzlaşma raporlarında oldukça iyi tanımlanmıştır (10,11). Buna rağmen hangi olgunun hastanede yatırılarak izlenmesi gerektiğine karar vermek tedavinin başlangıcında hekimin verdiği en güç kararlardan biridir. Hastalığın ağırlığı, eşlik eden diğer hastalıkların varlığı, sosyal faktörler bu kararda etkili olabilir. Yaş önemli risk faktörlerinden biridir. TKP'ler 60 yaşın üstündeki olgularda normal popülasyondan 2-4 kez fazla

görülmektedir (12) ve ileri yaş pnömoni için başlı başına bir risk faktörüdür (13,14). Bizim olgu serimizde de 60 yaşın üzerindeki olgular (% 42.7) çoğunluğu oluşturmaktaydı. Olgularımızın bir diğer özelliği de vücut kitle indeksine göre çoğunluğun hafif obes ve obes grupta olması idi. Obesite ile enfeksiyonlara eğilimin artması konusunda çalışmalar olmakla birlikte pnömoni gelişimine etkisini tanımlayan bir çalışmaya rastlayamadık. Olguların başlangıçtaki klinik bulguları ilerleyen dönemde prognozunu tahmini ve tedavinin düzenlenmesinde temel bilgileri sağlayabilir. Örneğin sistolik ve diastolik hipotansiyon, taşikardi önemli prognostik faktörlerdir (10). Bizim olgu serimizde hipotansiyon olguların (%5.9) oranı düşük olmakla birlikte başlangıçta olguların %44.1'inde taşikardi gözlemlendi. PA akciğer grafisinde bir çok lobun tutulduğu yaygın hastalık kötü prognostik faktörlerden biridir (10). Olgularımız arasında lobar pnömoni daha sıklıkla görülmekle birlikte %17.6'lık bir grupta yaygın hastalık izlendi ve %26.4'ü ağır enfeksiyon tablosu ile tedavi edildi. Pnömoni olgularda lökopeni ve aşırı lökositöz önemli bir risk faktörü olmakla birlikte (10), ilk başvuru sırasında olgularımızın hiç birinde 30.000 / mm³ aşan lökosit sayısı saptanmazken, %10.3'lük bir grupta lökosit sayısı 4000/mm³'ün altında bulundu.

Balgamın ve alt solunum yolundan alınan sekresyon örneklerinin gram boyaması yapılarak hastalığa neden olan etken patojen araştırılabilir. Ancak alınan balgam örneğinin kaliteli olma şansı, yani ağız florası ile bulaşmama oranı ancak %25'dir (11). Ayrıca dehidratasyonu ya da atopik pnömonisi olan olgularda hasta hiç balgam çıkarmayabilir. Balgam ile alt solunum yolundan alınan sekresyonların gerek gram boyama, gerekse kültür sonuçları arasındaki uyumu gösteren geniş serili çalışmalar yoktur. Ancak Gram boyaması kaliteli bir balgam örneğinde pnömokoksik pnömoni tanısı destekleyebilmektedir (11). TKP'li olgularda balgam ve alt solunum yolu sekresyonlarında etken patojeni saptanma olasılığı %50 civarındadır. Son yıllarda Kuzey Amerika'da ve Avrupa'da yayınlanan uzlaşma raporları sonuçlarına göre TKP'de en sık

Tablo X. Pnömoni Nedeni ile Hastaneye Yatırılan Olgularda

Tedavi		
ANTİBİYOTİKLER	YANIT VAR	YANIT YOK
Pen-G	3	
Pen-G + Tmp/Sul	9	
Makrolit (Y.K)	4	
Pen-G+Tmp/Sul+M (YK)	1	
I. Kuş. Sef.+M (YK)	2	
II. Kuş. Sef.+M (YK)	10	2
Aminopenisilin (Aminpen)	7	
Aminpen+M (YK)	5	1
Aminpen+AMG+M (YK)	1	
III. Kuş. Sef.+M (YK)	3	
III. Kuş. Sef. (sulperazon)	-	1
III. Kuşak Sef. (seftizoksim)	1	1
I. Kuş. Sef.+Tmp/Sulf	1	
I. Kuş. Sef.+Kinolon	1	
Kinolon	1	
Toplam (n=54)	49	5
Pen G: Penisilin, Tmp/sul: Trimetoprim / sulfametaksazol		

Tablo XI. Pnömoni Nedeni ile Hastaneye Yatırılan ve Yoğun Bakımda İzlenen Ağır Olgularda Tedavi

ANTİBİYOTİKLER	YANIT VAR	YANIT YOK	EX
	n:	n:	n:
İmpenem-Silastatin (İmp).		1	1
İmp+M (YK)		1	
III. Kuş. Sef.+Anti. anaerop+M (YK)			1
Aminopen+M (YK)→ İmp	1		
II. Kuş. Sef.+AMG	2		
III. Kuş. Sef.+AMG → İmp+Vank			2
İmp+Vank	3		
III. Kuş. Sef.+AMG→İmp+Antianaerop	1		
III. Kuş. Sef.+AMG→İmp.		1	
TOPLAM (n=14)	7	3	4
İmpenem/silastatin: İmp.	AMG: Aminoglikozid		
Vank: Vankomisin	Kuş. Sef: Kuşak sefalosporin		
→: Tedavi değişikliği	M (YK): Yeni Kuşak Makrolid		

Tablo XII. Olguların Son Klinik Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

SON KLİNİK DEĞERLENDİRME	SAYI	YÜZDE
Şifa	50	73.5
Düzelme	12	17.6
Yanıt yok	6	8.9
TOPLAM	68	100

Tablo XII. Olguların Son Klinik Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

SON BAKTERİYOLOJİK DEĞERLENDİRME	SAYI	YÜZDE
Belirtilmemiş	35	51.5
Belirtilmiş	33	48.5
TOPLAM	68	100
Eradikasyon	26	78.8
İnatçı	7	21.2
Süperenfeksiyon	-	-
TOPLAM	33	100

rastlanılan etyolojik ajan *S.pneumoniae*'dir. Ancak hastaneye yatırılarak izlenmesi gereken olgularda *S.pneumoniae*'den sonra ikinci sıklıkta izole edilen bakteriler *H.influenzae* ve *M.pneumonia*'dır (1). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da balgam Gram boyamasında en sık görülen bakteri gram (+) diplokoklar ve balgam kültüründe en sıklıkla üreyen mikroorganizma *S.pneumoniae*'dir (15-17). Bizim olgu serimizde balgam örneklerinde patojen bakteri izole edilebilen 22 olgunun yarısında *S.pneumoniae* saptandı, gram (-) bakteriler ikinci sıklıkta izole edildi.

Pnömonili olgularda alınan balgam, alt solunum yolu sekresyon ve kan kültürlerinde izole edilen bakterinin duyarlı olduğu antibiyotiklerle tedavinin düzenlenmesi amaçlanmakla birlikte, olguların yaklaşık yarısında etken patojen saptanamadığı için ampirik tedavi gerekmektedir. Ampirik tedaviye TKP nedeniyle hastanede yatırılarak izlenen olgulardan II. veya III. kuşak nonpsödomonal sefalosporin veya beta-laktam / beta-laktamaz inhibitörleri ve/veya ek olarak makrolidler, yoğun bakım tedavisi gerektiren olgularda ise makrolid ve/veya rifampisin tedavisine ek olarak III-IV kuşak antipsödomonal sefalosporinler veya siprofloksasin veya imipenem / silastatin veya meropenam önerilmektedir (11). Olgularımızda ampirik tedavi başlamak gerektiğinde bu kılavuz bilgilerinden yararlanmakla birlikte her olgu klinik tablosu, altta yatan diğer hastalıkları ve enfeksiyon seyri açısından farklı birer antite kabul edilerek, tedavisi düzenlendi. Ancak olguların %8.9'unda tedaviye yanıt alınamayıp komplikasyonlar nedeniyle (ampiyem, abses, v.s) diğer tedavi formları uygulanırken, yoğun bakımda izlenen 4 olgu (%5.8) kaybedildi. Bu oran ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada, Kurt ve arkadaşlarının TKP'li olgularında saptadıkları %3'lük mortalite oranından yüksek olmakla birlikte (18), toplum kökenli pnömoni nedeni ile yatırılarak tedavi gereken olgularda beklenilecek bir mortalite oranını yansıtmaktadır (1).

Retrospektif olarak yapılan bu çalışmamızda bir yıl içinde kliniğimizde yatırarak izlediğimiz olguların klinik özelliklerini, tedavi modalitelerini ve iyileşme durumlarını değerlendirdik. Pnömoni morbiditesini etkileyen risk faktörlerinin ve eşlik eden hastalıkların olgularımızın çoğunluğunda bulunduğunu saptadık. Olgularımızda tanı ve tedavi yöntemlerini uygularken ulusal ve uluslararası uzlaşma raporlarının önerilerini de gözönüne almakla birlikte, her olgunun bireysel özelliklerine göre risk faktörlerini tanımlayarak tedavilerini düzenledik. Bir yıl içinde hastanede yatırılarak tedavi edilen bütün göğüs hastalıkları hastalarının yaklaşık olarak onda birini pnömonili olguların oluşturduğunu gözlemledik. Bu nedenle en sık rastlanılan, yüksek mortalite ve morbiditeye sahip olan enfeksiyon hastalıklarından biri olan pnömonilere yönelik koruyucu önlemlerin ve profilaktik aşı uygulamalarının özellikle risk grubu hastalar olmak üzere toplumumuzda daha da yaygınlaştırılması gerektiği sonucuna vardık.

KAYNAKLAR

- 1- Ewing S. Community - acquired pneumonia ; epidemiology, risk and prognosis. *Eur Respir Mon* 1997; 3:13-35.
- 2- Almirall J, Morato F, Riera F, et al. Incidence of community acquired pneumonia and Chlamydia pneumoniae infection : a prospective multicentre study. *Eur Respir J* 1993; 6: 14-18.

- 3- Jokinen C, Heiskanen H, Juvonen H, et al. Incidence of community acquired pneumonia in the population of four municipalities in Eastern Finland. *Am J. Epidemiol* 1993; 137:977-988.
- 4- Campbell GD. Overview of community acquired pneumonia : Prognosis and clinical features . *Med Clin North Amer* 1994; 78:1035 - 1048.
- 5- Fenoll A, Bourgon CM, Munoz R, et al. Serotype distribution and antimicrobial resistance of streptococcus pneumoniae isolates causing systemic infections in Spain, 1979-1989. *Rev Infect Dis* 1991; 13:56-60
- 6- Marton A, Gulyas M, Munoz R, Tomasz A. Extremely high incidence of antibiotic resistance in clinical isolates streptococcus pneumoniae in Hungary. *J. Infect Dis* 1991; 163:542-548
- 7- Jacobs MR. Treatment and diagnosis of infection caused by drug - resistant *Streptococcus pneumoniae*. *Clin Infect Dis* 1992; 15:119-127.
- 8- Berntson E, Blomberg J, Lagergard T, Trollfors B. Etiology of community acquired pneumonia in patients requiring hospitalisation. *Eur J Clin Microbiol* 1985; 4:268-272.
- 9- Ostergaard L., Andersen PL. Etiology of community acquired pneumonia. Evaluation by transtracheal aspiration, blood culture, or serology. *Chest* 1993; 104 : 1400-1407.
- 10- American Thoracic Society Guidelines for the initial management of adults with community - acquired pneumonia : Diagnosis, assesment of severity and initial antimicrobial therapy . *Am Rev Respir Dis* 1993; 148:1418-1426.
- 11- Ekim N, Köktürk O, Arseven O, ve ark. Toplum kökenli pnömoni: Tanı ve tedavi rehberi. *Toraks Bülteni* 1998; 3 (1): 2-14.
- 12- Pennington J.E. Community - acquired pneumonia and acute bronchitis. In Pennington JE. ed. *Respiratory Infections .Diagnosis and Management . New York, Raven Press, 1989; 159-170.*
- 13- Fein A.M. Pneumonia in the elderly. Special diagnostic and therapeutic considerations. *Med Clin North Amer* 1994 ; 78:1015-1034.
- 14- Skerett SJ. Host defenses against respiratory infections. *Med Clin North Amer* 1994; 78: 941-966,
- 15- Arbak P, Özdemir Ö, Erdem F, ve ark. 1988-1994 yılları arasında kliniğimizde yatan toplum kökenli pnömoni olguları. *Tüberküloz ve Toraks* 1997; 45: 312-317.
- 16- Erkan L, Uzun O, Tatlısöz H, ve ark . Toplumsal kökenli pnömonilerin azitromisin ile ayakta tedavisi . *Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği XXIV . Ulusal Kongresi 8-11 Haziran 1997 İstanbul, TP 53.*
- 17- Keskin ŞG, Çağlayan B, Keskin AT, ve ark. Toplumda kazanılmış pnömonilerin tanı ve tedavisi . *Toraks Derneği II. Yıllık Kongresi, Antalya 6-11 Mayıs 1998, TP - 387.*
- 18- Kurt B, Gülhan M, Erkan L, ve ark. Toplum kökenli pnömonilerin klinik ve radyolojik değerlendirilmesi. *Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği XXIII . Kongresi, 8-11 Haziran 1995 İstanbul, TP-76.*