

AMPIYEM SONRASI BİR PLEVRAL KALINLAŞMA OLGUSU: CERRAHİ GEREKLİ Mİ?

Ayşenur Celayir*, Betül Sümer**, Ali Aykan Özgüver***, Erhan Gültekin***, Meral İnalhan****, Savaş İnan*****

ÖZET

Çocuklarda ampiyem, sıklıkla loküle de olmasına rağmen, uygun parental antibiyotik ve erken dönemde göğüs tüpü drenajıyla tedavi edilebilmektedir. İki haftalık etkin tedaviye rağmen ateş ve solunum sıkıntısının devam etmesi durumunda diğer cerrahi yöntemlerle tedavi (mini toraktomi ile drenaj, erken ve geç dekortikasyon, kot rezeksiyonu ile drenaj, ampiyemektomi, segmentektomi, lobektomi, torakoskopik debiridman, fibrinolitik ajanlarla irigasyon) düşünülmelidir.

Ampiyem sonrası plevral kalınlaşma nedeniyle başka bir klinikte dekortikasyon endikasyonu konulan hastamız konservatif takip sonucu ameliyata gerek kalmadan tamamen iyileşmiştir. Amacımız, literatürü gözden geçirirken ampiyem sonrası gelişen plevral kalınlaşmanın tedavisinde klinikler arası farklılıkları ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Ampiyem, erken dekortikasyon

SUMMARY

Although children frequently have loculated empyema at admission, conservative treatment with parenteral antibiotics and early chest tube drainage is usually adequate to achieve clinical and physiologic resolution. However, a few patients with persistent fever and respiratory distress may benefit from a limited thoracotomy and early decortication. Only rarely do children require a more definitive drainage procedure or further procedure. In this case, we stayed conservatively and the long term outcome is excellent.

Key words: Empyema, early decortication.

GİRİŞ

Plevra boşluğunda iltihabi materyelin birikmesine ampiyem diyoruz. American Thoracic Society tarafından yapılan sınıflandırmada ampiyemler klinik seyrine göre üç dönemde incelenebilir(1).

1. Eksüdatif (seröz) dönem: Açık renkli mayi akışkandır, sellüler içeriği azdır. Toransentez ile tanı konulabilir. pH 7.20'nin üzerinde, glukoz %40mg'ın üzerinde, LDH 100 IU'nin altındadır. Akciğerin kolay ekspansiyon olduğu dönemdir. Antibiyotik tedavisi ile gerileyebilir.

2. Fibrinopürülan dönem: Fibrin ve hücre (özellikle PNL) artmıştır. Fibrin plakları

plevral yüzeyde yapışıklıklara ve lokülasyonlara neden olur. Akciğer ekspansiyonu kısıtlanır.

3. Organizasyon dönemi: 3-4 hafta sonra fibroblastlar artar, membranöz tabaka ve fibrozis oluşmu akciğer fiksasyonun artırır. Olay kronikleşmeye başlamıştır.

Çocuklarda ampiyem en sıklıkla pnomoniye sekonder parapnomonik efüzyon tarzında başlamaktadır, predispozan faktörlerle veya yetersiz tedavi sonucu efüzyon ampiyeme dönüşmektedir(1,2).

Ampiyemde rol oynayan mikroorganizmalar sıklık sırasına göre:

* Zeynep Kamil Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Uzman Dr.

** Zeynep Kamil Hastanesi, Çocuk Kliniği, Uzman Dr.

*** Zeynep Kamil Hastanesi, Çocuk Kliniği, Asis. Dr.

**** Zeynep Kamil Hastanesi, Çocuk Kliniği, Şef Muavini, Uzman Dr.

***** Zeynep Kamil Hastanesi, Çocuk Kliniği, Şefi Uzman Dr.

1. Staf. Aureus (%30-40), 2. Dip. Pnomonia (%10-15), 3. Hem. Influenza (%10-20), 4. Diğerleri: Klebsiella, Pseudomonas, Proteus, E. Coli, Anaeroblar, Ekinella Corodens. Olguların %60-80'inde mikroorganizma üretilememiştir. Mikst infeksiyonlar da mevcuttur(1,2).

Staf pnomonisinde %50 oranında ampiyem geliştiği, %38 oranında pnomotoraksın patlaması sonucu pyopnomotoraks olduğu bildirilmektedir. Bronkoplevral fistüllerin en sık görüldüğü ampiyem türüdür(1,2).

Klinik bulgular; ateş, öksürük, takipne, siyanoz, balgam çıkarma, karın ağrısı (akut batanı taklit edebilir), halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, abdominal distansiyon, kusma ileus şeklinde görülebilir.

Fizik muayenede; inspeksiyonda tutulan taraf hemitoraksda solunum kısıtlanması, burun kanadı solunumu, skolyoz, interkostal mesafenin daralması; palpasyonda dolgunluk hissi, vibrasyon torasikte azalma, matite; oskültasyonda solunum seslerinde azalma, kalp seslerinin karşı tarafı doğru kayması saptanabilir. Paralitik ileus bulguları eşlik edebilir.

Radyolojik olarak; Akciğer grafisinde (Ayakta PA ve lateral, gerekirse lateral dekübitüs pozisyonunda) pnomoniye ait lobar yada segmenter konsolidasyon artışı, serbest yada loküle mayi, pnömatosel, pyopnomotoraks, tansiyon pnomotoraks (mediastinal kayma), interkostal aralıkların genişlemesi; kronik ampiyemlerde fibrozis geliştiğinde tutulan tarafta interkostal aralıkların daralması ve aynı tarafa skolyoz görülebilir. Ultrasonografide sıvı dansitesine göre karar vermek daha kolaydır, duyarlılığı yüksektir. Akciğer tomografisi, kronikleşen ampiyemlerde dekortikasyon endikasyonu verebilmek için yada primer patolojiyi tesbit açısından gerekli olmaktadır(3).

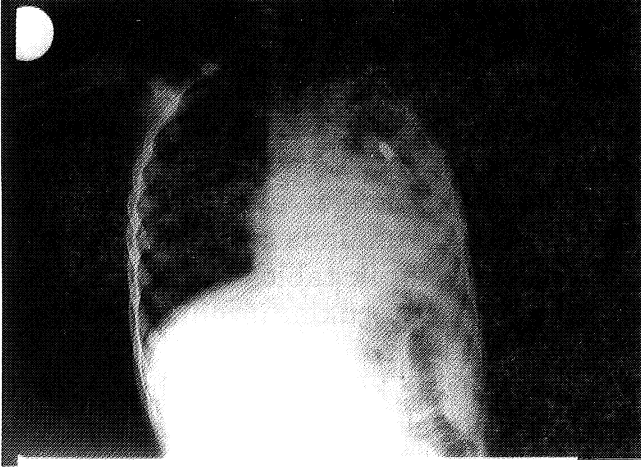
Ampiyem tedavisinde farklı yaklaşımlar olmakla birlikte tedavide amaç: 1. Primer infeksiyonun kontrolü 2. Pürülan mayinin bo-

şaltılması 3. Akciğerin tekrar ekspansasyonunun sağlanmasıdır.

Tedavide öncelikli olarak göğüs tüpü tatarak kapalı sualtı toraks drenajı yapılır. 14-20 günlük etkin tedaviye rağmen ateş, genel durum bozukluğu, solunum sıkıntısının devam etmesi, akciğer ekspansasyonunun kısıtlanması durumunda cerrahi yöntemlere geçilmelidir. Klinik tablosu düzelen genel durumu iyi olan çocuklar (özellikle staf pnomonisi sonrası) uzun süreli takibe alınır. Bu olgularda hiçbir klinik bulgu olmasa dahi radyolojik olarak plevral kalınlaşmanın düzelmesi 3-4 ay sürebilmektedir(1,2,3). Çeşitli ekollere göre bu aşamada dekortikasyon endikasyonu ve hangi yöntemle dekortikasyon yapılacağı konusunda farklı görüşler mevcuttur.

OLGU SUNUMU

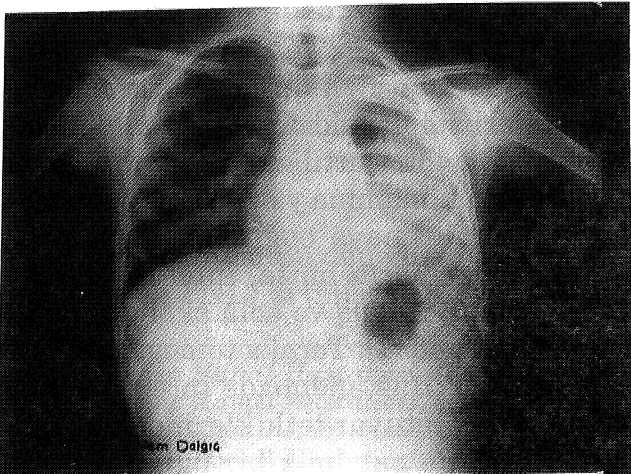
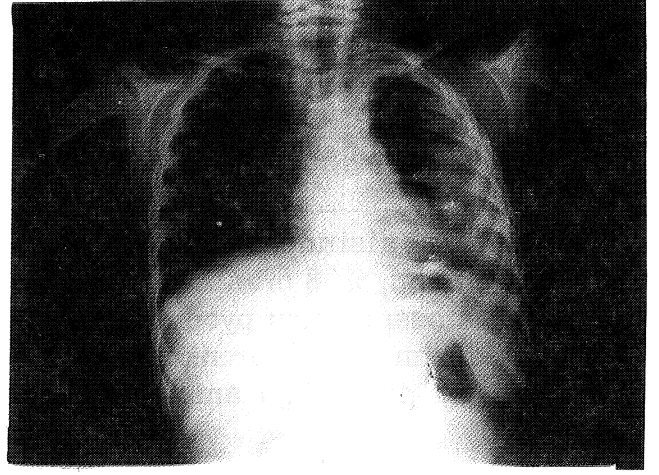
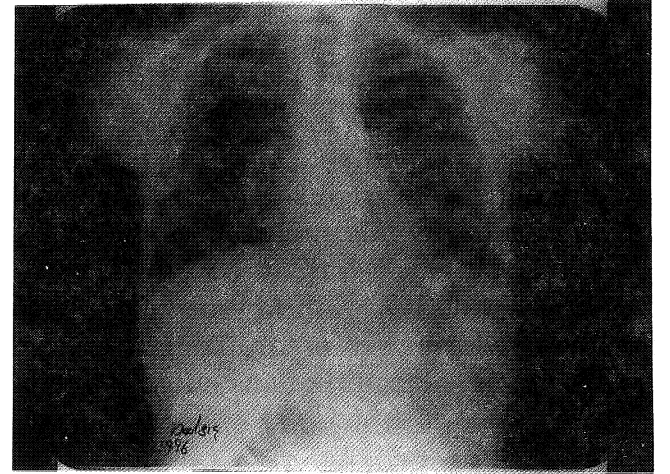
Ateş, öksürük, solunum sıkıntısı yakınması ile Ordu Devlet Hastanesine başvurulan üç yaşında kız hasta, pnomoni ön tanısıyla interne edilmiş. Bir hafta sonra sol ampiyem gelişmesi üzerine ileri tedavi için sevk edilen hastaya bir göğüs cerrahisi kliniğinde kapalı sualtı toraks drenajı yapılmış. Dren konulmasının 39. gününde toraks dreni hala üzerinde iken dekortikasyon endikasyonu konulan hasta, maddi olanaksızlığı nedeniyle hastanemize başvururdu. Yapılan muayenede 7. interkostal aralıktan konulmuş olan 24 Fr. toraks dreni halen yerinde durmakta olup normal ve eforlu solunumla dren içindeki sıvı osile etmiyordu. Ateş, dispne, siyanozu olmayan ve genel durumu iyi olan hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri sol bazalde azalmış ve perküsyonla matite mevcuttu. Akciğer grafisinde sol akciğerin tamamına yakın bir bölümünde plevral kalınlaşmaya bağlı opasite mevcut olup mediasten orta hatta, interkostal aralıklar solda daralmış ve sola skolyoz görülmekteydi (Resim 1). Toraks tomografisi çekilememişti. Hastanemizde interne edilen hastanın laboratuvar tetkiklerinde aktif infeksiyon lehine patolojik bir bulgu saptan-

Resim 1: 39. günde thoraks dreni halen yerinde.

madı. Toraks dreni beş saat klampe edildikten sonra tekrarlanan grafide bir değişiklik saptanmayarak dren ucundan kültür alınıp dren çıkarıldı. İntravenöz antibiyotik bir hafta daha kullanıldı. Klinik hiçbir yakınması olmayan hasta oral antibiyotiğe geçilerek taburcu edildi (Resim 2). Ayda bir kontrolle çağırılan hastanın fizik muayenesinde sol da solunum sesleri bazale doğru daha iyi duyulurken paralel olarak akciğer grafilerinde plevral kalınlaşmaya bağlı opasitenin giderek azaldığı (Resim 3) ve dördüncü ayda akciğer grafisinin tamamen normale döndüğü görüldü (Resim 4).

TARTIŞMA

Ampiyem sonrası gelişen plevral kalınlaşmanın tedavisinde farklı görüşler mevcut-

Resim 2: Dren alındıktan bir hafta sonra.*Resim 3: Dren alındıktan bir ay sonra.**Resim 4: Dren alındıktan üç ay sonra.*

tur. Bu farklılıklar sadece cerrahi veya konservatif olmakla değil aynı zamanda farklı hasta popülasyonundan da kaynaklanmaktadır. Plevral kalınlaşma aşamasında dekortikasyon endikasyonu konulurken hasta klinik, radyolojik ve laboratuvar olarak bir bütün halinde değerlendirilmelidir. Hastanın klinik yakınmalarının gerilemesi (ateş, dispne, siyanoz olmaması), aktif enfeksiyon bulgularının laboratuvar olarak gerilemesi (lökositoz, CRP, sedimantasyon hızının azalması) ve radyolojik olarak plevral kalınlaşma ve loküle ampiyemin iyi ayırılması (opasite devam etmesine rağmen interkostal aralıkların daralması, mediastinal hattın ortada olması, atelektazi olmaması) ve ultrasonografide plevral kalınlaşma dışında özellik saptanmaması durumunda hasta takibe alı-

nır. Röntgen bulgularının düzelmesi özellikle staf pnomonilerinde 3-4 ay sürebilmektedir (1,2,3,4). Hiçbir şikayeti olmasa dahi hastanın ayda bir fizik muayene ve radyolojik olarak değerlendirilmesinin yapılmasıyla takipte gereksiz ameliyat morbiditesi ilave olmadan hastanın tamamen düzeldiği görülecektir. Bu aşamada cerrahi tedavi açısından klinikler arası değişik yaklaşımlar mevcuttur. Yurdumuzda da son yıllarda ampiyem sonrası erken dekortikasyon pekçok taraftar bulmaktadır ve maalesef endikasyon sınırlarının giderek genişlediği görülmektedir.

S. Sander ve arkadaşları, 6 yılda kliniklerine başvurdurulan 315 ampiyem olgusunu retrospektif olarak değerlendirmişler. Sadece 32 (%10.1) hastaya cerrahi tedavi uygulamaları gerekmiştir(5).

R. Rızalar ve arkadaşları, 2 yılda postpnomonik ampiyem sonrası erken dekortikasyon uyguladıkları 22 olguyu retrospektif olarak değerlendirmişlerdir. Endikasyonları arasında rezolüsyonu olmayan plevral kalınlaşma dikkat çekicidir. İlk üç hafta içinde plevral kalınlaşmanın rezolüsyonu zaten beklenilmemektedir. Geç dekortikasyona göre hastanede kalış sürelerinin kısaldığını, minimal morbidite olduğunu vurgulamaktadırlar(6).

E. Karaca ve arkadaşları, 5 yılda 124 hastaya ampiyem nedeniyle toraks drenajı yapmışlardır. 10 vakada (%8.01) erken dekortikasyon gerekmiş, sonuçlarını literatürle uyumlu bulmuşlardır(7).

S. Demirbilek ve arkadaşları, 3 yılda 53 postpnomonik ampiyem olgularında 19'unda erken dekortikasyon uygulamışlardır. Mortalite olmaması, hospitalizasyon ve antibiyotik kullanma süresinin kısa olması nedeniyle komplike ampiyem olgularında erken dekortikasyonu savunmuşlardır(8).

Hastamızda toraks dreni artık çalışmasına rağmen halen yerinde bırakılmış olması, yabancı cisim reaksiyonuna yol açarak plevral kalınlaşmayı artırıcı rol oynamıştır. Toraks dreni içindeki sıvının osile etmemesi

plevra yapraklarının yapıştığı en güzel göstergesidir, drenin bu aşamada alınması gerekmektedir. Aksi takdirde dren, yabancı cisim reaksiyonu yaparak plevral kalınlaşmayı artıracak gibi infeksiyon odağı olacaktır. Burada hasta ve hastalığı tedavi ettiğimizi, röntgen bulgularını tedavi etmediğimizi bir kez daha hatırlayıp erken dekortikasyon kararı alırken, klinik ve fizik muayene bulgularının bir kez daha doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğinin çarpıcı bir örneğini görmekteyiz. Ampiyemin erken tanı konulduğunda etkin bir tedaviyle dekortikasyona gerek kalmadan başarıyla tedavi edileceği inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Laughlin FJM- Goldmann DA, Rosenbaum DM, Harris GBCU, Shuster SR, Strieder DJ: Empyema in Children: Clinical course and long-term follow-up. *Pediatr* 1984;587-93.
2. Stiles QR, Lindensmith GG, Tucker BL, Meyer BW, Jones JG: Pleural empyema in children: *The annals of thoracic surgery* 1970;10:37-43.
3. O'Moore PV, Mueller PR, Simeone JF: Sonographic guidance in diagnostic and therapeutic interventions in the pleural space: *AJR* 1987;149:1-5.
4. Foglia RP, Rondolph J: Current indication for decoratation in the treatment of empyema in children. *J Pediatr Surg* 1987;22:28-33.
5. Sander S, Vural Ö, Ünal M: Çocuklarda tekrarlayan kronik akciğer enfeksiyonlarında cerrahinin yeri B8, *İnfeksiyon kongresi*, 1996, İstanbul.
6. Rızalar R, Somuncu S, Saraç A, Bernay F, Gürses N: Postpnömik ampiyemlerde erken dekortikasyon. B 59 *XIII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi*, 9-13 Mayıs 1994, Marmaris.
7. Karaca E, Yalçın M, Saday C, Yıldız A, Karaca İ, Mir E: Çocuklarda ampiyem sonrası dekortikasyon. B 60 *XI-II. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi*, 9-3 Mayıs 1994, Marmaris.
8. Demirbilek S, Atayurt HF, Uysal G, Güven MA: Çocukluk çağı postpnomonik ampiyem olgularında erken dekortikasyon endikasyonları: B49, *XV. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi*, 19-20 Temmuz 1997, İstanbul