

Torasik Ampiyem

Suzan ÇETİN (*), Esin TUNCAY (*), Aygün GÜR (*), Esin ÇELİKER (*), Fedai BARCAN (*), Emel ÇAĞLAR (*), Güngör ÇAMSARI (*)

ÖZET

Bu çalışmamızda servisimizde yatarak tetkik ve tedavi edilen 78 ampiyem olgusu (3 kadın, 75 erkek) retrospektif olarak incelenmiştir. Yaş ortalaması 42 olan olgularımızın 43'ü (% 55) tüberküloz, 35 (% 45)'i ise parapnömonik orijinli olarak bulunmuştur.

Non-tüberküloz ampiyemli 35 hastanın 28'inde adi kültür ve antibiyogram yapılabilmemiş ve en sık saptanan aerob etkenler Gram (-) basiller ve *S aureus* olmuştur. Bu olgularımızdan 24'ünde antibiyotik tedavisi yanısıra kapalı sualtı drenajı uygulanmış, ankiste ampiyem olan 8 olgu ise antibiyotik tedavisi yanısıra tekrarlanan torasentezler ile tedavi edilmiştir.

Tüberküloz ampiyemli olgularda tanı 17 olguda (% 39) balgamda, 6 (% 13) olguda hem balgam hem ampiyem mayiinde, 8 olguda (% 18) yalnızca mayide ARB (+) bulunması ve 2 olguda plevra biyopsisi ve 2 olguda cerrahi materyalin histopatolojik tetkiki ile konulmuştur. 18 olguda ise klinik radyolojik verilere göre tüberküloz tanısı konulmuştur. Tüm olgularda anti-tbc tedavi yanısıra 7 olguda tekrarlanan torasentezler, 36 olguda ise kapalı sualtı drenajı uygulanmıştır. Bu olguların 9'unda ayrıca cerrahi müdahale uygulanmıştır.

Tüberküloz ampiyemli olgularda hastanede kalış süresi parapnömonik olgulara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuş olup, takip süresince ölen 6 olgu dışında tıbbi-cerrahi tedavi ile sonuç alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Toraks ampiyemi

Plevral ampiyem, plevral boşlukta pü birikmesidir. Ampiyem akut veya kronik, lokal veya diffüz olabilir. Ülkemizde ampiyemin etyolojisinde en önemli faktör tüberkülozdur. Ampiyem, etkili antibiyotikler kullanılmasına rağmen halen önemli morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır (1).

Mycobacterium tuberculosis dışı bakterilerden oluşmuş

SUMMARY

Thoracic Empyema

In this retrospective study, 78 patients (3 women, 75 men) who were treated in our clinic are discussed. The mean age is found to be 42.43 of the cases (55 %) are due to tuberculosis, where 35 (45 %) were parapneumonic in origin.

Culture and antibiogram studies were done in 28 of 35 non-tuberculosis empyema patients. The most frequently identified aerobic agents were Gram (-) basils and *Staphylococcus aureus*. In patients. The most frequently identified aerobic agents were Gram (-) basils and staphylococcus aureus. In 24 of them antibiotherapy and closed underwater drainage was applied. 8 cases were treated with both recurrent thorasynthesis and antibioteraphy.

In tuberculosis empyema cases AFB was identified in the sputum, both in the sputum and the empyema fluid, in the pleural fluid samples with respectively, in 17 (39 %), 6 (13 %) and 8 (18 %) cases. Pleural biopsy material in 2 cases and surgical samples in 2 other cases were analysed histopathologically and diagnosed. Antituberculosis therapy was given to all the cases, thorasynthesis was done to 7 cases and closed underwater drainage was applied to 36 cases. In 9 of these patients other surgical procedures were also applied.

The duration of total hospital stays were to be significantly longer in tuberculosis empyema patients compared to those of parapneumonic empyema cases. Except 6 cases who died during follow-up period, medical and surgical treatments resulted in cure.

Key words: Empyema thoracis

parapnömonik ampiyemlere nazaran tüberküloz ampiyem tedavisi daha güçtür ve toraks dreni takılmasına bağlı olarak çeşitli komplikasyonlar görülmektedir.

Bu çalışmada 78 ampiyem olgusunun yaş grupları, etyolojik neden, predispoze eden faktörler, tedavi ve tanı yöntemleri, mikrobiyolojik tanıları, mortalite durumlarını retrospektif olarak inceledik.

Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Göğüs Cerrahisi Merkezi, Dr.*

MATERYAL ve METOD

Çalışmaya, servisimizde 1987-1994 yılları arasında yatarak tetkik ve tedavi edilen 78 olgu alındı. Olguların 3'ü kadın, 75'i erkekti. Yaşları 15-73 arasında değişiyordu, ortalama yaş 43.2 idi. Tüm olgulardan torasentez ile ampiyem elde edildi. Ampiyem etyolojisini bulmak için ampiyem mayiinden adikültür antibiyogram, ampiyem mayiinden ve balgamdan direkt ARB bakılması, radyolojik bulgu, klinik, plevra biyopsisi cerrahi materyalden sitopatolojik tetkik yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 78 olgunun 43'ü (% 55) tüberküloz, 35'i (% 45) parapnömonik orjinli olarak bulundu. Tbc ampiyem ile non-tbc ampiyemli olguların meslek, anamnez, ailede tbc, sigara içme oranı, alkol kullanımı, diabet hastalığı açısından özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tbc ampiyem ile non-tbc ampiyemli olguların hastanede kalış süresi ile toraks dren süreleri arasında anlamlı farklılık vardır. Bu değerler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Bütün hastalara torasentez yapıldı. 43 tbc ampiyemli hastanın ilk ponksiyonda alınan materyalin 38'ine non-spesifik kültür yapıldı. 35 olguda üreme olmadı, 3 olguda Gram (-) basil, *S aureus* üredi. Tbc dışı ampiyem olan 35 hastanın 28'inde non-spesifik kültür yapıldı. 17 hastada üreme olmadı. Diğerlerinde Gram (-) basil, *S aureus*, Gram (+) basil üredi. Anaerob kültür hastane koşullarından dolayı yapılamadı. Tbc ampiyemli 43 hastanın 14'ünde mayide *M tuberculosis* üredi.

Ampiyemin natürünü bulmak önemli bir sorundur. Tbc

Tablo 1. Olguların yaş, meslek, tbc öyküsü, ailede tbc geçirmesi, sigara, alkol kullanımı, diabet durumu.

	Tbc Ampiyem	Non-tbc Ampiyem
Yaş	39 (18-70)	43 (15-73)
Meslek (işsiz)	16 (% 37)	6 (17)
Tbc öyküsü	14 (% 32)	4 (11)
Ailede tbc	3 (% 8)	(-)
Sigara içme	28 (% 65)	21 (% 60)
Alkol kullanımı	6 (% 14)	4 (% 11)
Diabet	4 (% 9)	5 (% 44)

Tablo 2. Olguların hastanede kalış ve toraks dren kalma süreleri.

	Tbc ampiyem	Non-tbc ampiyem
Hastanede kalış süresi	84 (15-240) gün	51 (10-165) gün
Toraks dren süresi	67 (10-210) gün	44 (7-155) gün

Tablo 3. Tbc ampiyemli 43 olgunun tanı yöntemleri.

Tanı Yöntemi	Olgu Sayısı	%
Balgamda ARB (+)	17	39
Balgam ve mayid ARB (+)	6	13
Mayide ARB (+)	8	18
Plevra Biyopsisi	2	4
Cerrahi materyalde Tbc	2	4
Klinik, Radyolojik	18	41

Tablo 4. Tbc ampiyemli olguların tedavi yöntemleri.

Tanı Yöntemi	Olgu Sayısı	%
Torasentez+ilaç tedavisi	8	23
Plörokan+ilaç tedavisi	3	6
Toraks dreni+ilaç tedavisi	21	60
Cerrahi	3	11

Tablo 5. Non-tbc ampiyemli olguların tedavi yöntemleri.

Tanı yöntemi	Olgu Sayısı	%
Torasentez+ilaç tedavisi	7	16
Plörokan+ilaç tedavisi	2	5
Toraks dreni+ilaç tedavisi	25	58
Cerrahi yöntemler	9	21

Tablo 6. Tbc ampiyemle olgularda uygulanan cerrahi yöntemler.

Cerrahi yöntem	Olgu Sayısı	%
Raffenberger metodu	2	22
Dekortikasyon+lobektomi	1	11
Dekortikasyon	4	44
Parsiyel kot rezeksiyonu+stoma	1	11
Pnömonektomi	1	11

ampiyemli 43 olgunun tanı yöntemleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Ampiyem tedavisi olarak uygun ilaç tedavisi ile birlikte torasentez, kapalı su altı, drenajı, plörokan ve cerrahi metodlar uygulandı. Tbc ampiyemli olguların tedavi yöntemleri Tablo 4'te, non-tbc ampiyemli olguların tedavi yöntemleri Tablo 5'te gösterilmiştir. Tbc ampiyemli 9 hastaya agresif cerrahi girişim uygulandı. Bu yöntemler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Takip sırasında tbc ampiyemli olgulardan 3'ü eksitus oldu. Bu olgular yaygın lezyonları ve ilaç direnci olanlardı. Non-tbc ampiyemli hastalardan 3'ü eksitus oldu. Eks nedenleri 1 hastada kalp yetersizliği, 1 hastada postoperatif nedenler, 1 hastada da siroz idi.

TARTIŞMA

Ampiyem, ülkemizde akciğer tbc seyrinde ciddi, kronik protein kaybı, malnütrisyon ve amiloidozise yol açan ve fatal olabilen ağır bir komplikasyondur. Gelişmiş ülkelerde tbc infeksiyonu ve buna bağlı olarak da ampiyemler seyrek görülür (2,3). Ülkemizde ise en sık neden tbc'dur. Literatürde en sık rastlanan neden pnömonidir. Plevral ampiyem olgularının yaklaşık % 50'sinin nedeni pnömonidir (4,5). Bazı yayınlarda bu oran % 73'e yükselir (6). Bizim çalışmada bu oranın ters olmasını ülkemizde tüberküloz infeksiyonunun yaygın olması ile açıklayabiliriz.

Non-tbc ampiyemlilerde literatürde sıklıkla *S aureus*, *S pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* ve *E coli* tesbit edilmiştir. Bizdeki bulgular literatür ile uyumluydu.

Ampiyem natürü bulunurken *M tuberculosis*'in direkt görülmesi veya kültürde üretilmesi, tbc tanısını kesin olarak koydurur. Bizim çalışmada % 60 oranında tüberküloz tanısı patolojik ve mikrobiyolojik olarak kesin olarak konabildi. Tbc tanısının % 40 oranında klinik ve radyolojik olarak konması hastanemizin ve hastanın olanaklarını kısıtlı olmasına bağlıdır.

Ampiyem tedavisinde literatürde değişik yöntemler kullanılarak farklı sonuçlar alınmıştır. Bir çalışmada, 35 tbc dışı ampiyemi olan hastaya sistemik antibiyotik yanısıra toraks dreni takılıp, hergün betadine solüsyon ile lavaj yapılmış % 90 oranında iyi sonuç alınmıştır (7). Genellikle literatürde mayi yoğun, etken tüberküloz ise direkt kapalı su altı drenajı uygulanmıştır. Mayinin az ve yoğun olmadığı olgularda tekrarlanan torasentezler ve aspirasyon ile iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir (8). Bir çalışmada, tbc ampiyemde torakoskopi ile ortalama 14 gün süre ile irrigasyon yapılarak çok iyi (% 95)

sonuçlar alınmış ve hiç komplikasyon görülmemiştir (6).

Bizim çalışmada tbc dışı ampiyemlerde yalnız torasentez ve sistemik ilaç tedavisi ile % 23 oranında iyi sonuç alınmasına rağmen tbc ampiyemde bu yöntemle % 16 oranında iyi sonuç alınabilmiştir. Bütün literatürlerde olduğu gibi, en sık tercih edilen kapalı su altı dreni+sistemik ilaç tedavisi, bizim seride tbc ampiyemde % 63 oranında tbc dışı ampiyemde % 66 oranında uygulanmıştır.

Yayınlarda ampiyem olgularına % 10 oranında tedavi amacı ile cerrahi metodlar uygulanmıştır (5). Bizim seride bu oran tbc dışı ampiyemlilerde % 11, tbc ampiyemlilerde % 21'dir. Tbc ampiyemde oranın yüksek olmasını bu hastalarda genelde parankim lezyonu olması ve hastaneye başvurduklarında kronik bir hastalık haline gelmelerine bağlıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Moran JF: Surgical management of pleural space infections. *Respir Infect* 3:383-94, 1988.
2. Crofton D: *Respiratory Diseases* 354-348.
3. Alfageme I, Munoz F, Pera N, Umbria S: Empyema of the thorax in adults. Etiology microbiologic findings, management. *Chest* 103:839-43, 1993.
4. Miller JL: Infections of the pleura. In: Shielde IW: *Genera Thoracic Surgery* 3rd ed. Philadelphia. Lea Febiger 633, 1938.
5. Van Way C, Nornod J, Hopeman A: The role of early limited thoractomy in the treatment of empyema. *J Thorac Cardio Vasc Surg* 96:436-39, 1988.
6. Lema L, Hutter JA, Hareri D, Brainbridge MV, Cent AF: The management of empyema thoracic by thoracoscopy and irrigation. *J Med* 36(1):20-2, 1990.
7. Mitchell ME, Alberts WM, Chandler KW, Goldron AL: Intra pleural streptokinase in management of parapnömonic effusions. Report of seriea and review of literature. *Flamed-Assoc* 76(12):1019-22, 1989.
8. Gupta SK, Kishan J, Singh SP: Rewiev of hundred cases of empyema thoracis. *Indian J. Chest Dis Allied Sci* 31(1):15-20, 1989.