

Akciğer rezeksiyonu sonrası gelişen ampiyem ve septik şok tablosu (Olgu sunumu)

Soner Gürsu, Mehmet Sırmalı, Ertan Aydın, Ülkü Yazıcı,
Tayfun Güven, Göktürk Fındık, Sadi Kaya,

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

Özet

Onaltı yaşında bronşektazi tanısıyla sol alt lobektomi ve lingulektomi uygulanan olgu taburculuğundan 19 gün sonra ateş, nefes darlığı ve ağızdan kötü koku gelmesi şikayetleriyle başvurdu. Hastaneye yatırılarak takip edilen olguya yapılan torasentez ile pürülan mayı alınması üzerine tüp torakostomi uygulandı. Bu müdahaleden 5 saat sonra kardiyak ve solunum arresti gelişen hasta yapılan kardiyopulmoner resüsitasyona cevap verdi ve mekanik ventilatörde yoğun bakımda takibe alındı. Mevcut fizik muayene ve laboratuvar bulgularına göre septik şok tanısı konulan hasta beş günlük mekanik ventilatör desteğinden sonra kan gazlarındaki düzelme sonucunda mekanik ventilatör desteği kesildi. Yirmüç gün yoğun bakımda medikal tedaviyle takip edilen hasta 44. günde taburcu edildi. Göğüs Cerrahisi operasyonlarından sonra ampiyem çok nadir olmamakla birlikte bu tabloya septik şokun ilave olması oldukça nadir ve hayatı tehdit eden bir komplikasyondur.

Anahtar Kelimeler : Postoperatif komplikasyonlar, ampiyem, septik şok.

Abstract

Empyema occurred after the lung resection and the septic shock table (Case report)

The 16 year-old case who has performed left lower lobectomy and lingulectomy with the bronchiectasis diagnosis, applied after 19 days from his discharged of the hospital with the complaints of fever, shortness of breath and a bad smell coming from his mouth. Thoracentesis has been practiced to the case followed by hospitalizing. The tube thoracostomy has been applied to the case upon taking the purulent fluid. After 5 hour following such surgical interference, cardiopulmoner arrest appeared. The case responded to the treatment and followed up in the intensive care unit by the mechanic ventilation.. According to the recent physics examination and lab findings, the mechanic support of the patient with septic shock diagnosis, was turned off due to the result of the improvement in his arterial blood gas after 5 days-mechanic ventilation support. The patient has followed in the intensive care unit for a period 23 days and has been discharged of the hospital at 44th day. After thoracic surgery operations, the empyema is not rare, however, the addition of the septic shock to this picture is very rare and a life- threatening complication.

Keywords: Postoperative complications, Empyema, septic shock

Giriş

Göğüs Cerrahisi sonrası gelişen ampiyem, paranömonik ampiyemlerden sonra ampiyemin en sık ikinci nedendir. Ampiyem sonrası gelişen septik şoksa mevcut kliniği daha da ağırlaştırır. Biz bu yayınumuzda bronşektazi nedeniyle sol alt lobektomi ve lingulektomi uyguladığımız ve operasyondan 19 gün sonra ampiyem ve septik şok gelişen olgumuzu literatür eşliğinde sunmak amaçlanmıştır.

Olgu

Bronşektazi tanısıyla sol alt lobektomi ve lingulektomi operasyonu uygulanan 16 yaşında

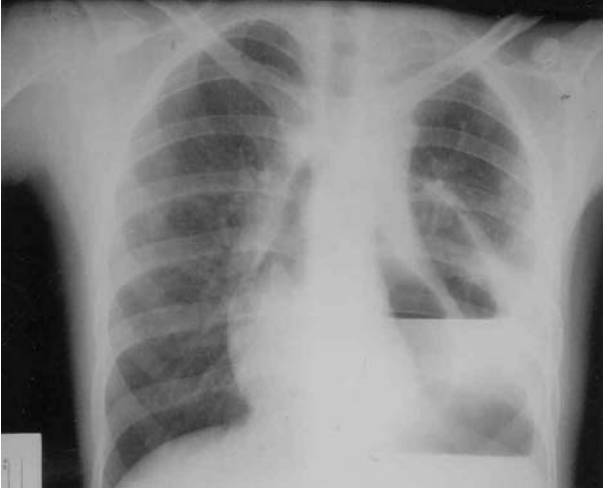
erkek hasta postoperatif 7. günde şifa ile taburcu edildi (Resim 1). Taburculuğundan 19 gün sonra yüksek ateş, nefes darlığı ve ağızdan kötü koku gelme şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık ve koopere, ateş 39.1 C, nabız 138/dakika, solunum sıklığında artma (32/dakika), akciğer oskültasyonunda sol hemitoraksta solunum seslerinde azalma tespit edildi. Laboratuvar incelemede sedimentasyon 70 mm/saat, lökosit 25.500/mm³, glukoz 214 mg/dL, albumin 2.3 g/dL, glutamat oksalasetat transferaz (AST) 31 IU/L, glutamat piruvat transaminaz (ALT) 17 IU/L, kreatinin 1.7 mg/dL. PA akciğer grafisi sol hemitoraksta efüzyon görünümü mevcuttu (Resim 2). Hastaya sol hemitorakstan ponksiyon yapılarak

Yazışma Adresi:

Dr. Soner Gürsu
Eston 2 konutları, Melodi blok, No:1 Çayyolu - ANKARA



Resim 1: İlk taburculuğundaki PA akciğer grafisi.



Resim 2: İkinci başvurusundaki PA Akciğer grafisinde Plevral efüzyonla uyumlu görünüm mevcut.

ampiyem vasıfta mayii alınması üzerine hasta yatırılarak tüp torakostomi uygulandı ve 250 ml ampiyem mayii boşaltıldı. Hastadan alınan mayii ve kan örneklemesinden kültür çalışıldı. Beş saat sonra genel durumu kötüleşen hastadan alınan oda havasında arter kan gazı analizinde pH:7.34, pO₂: 25mmHg, O₂ saturasyonu: %41, pCO₂: 47.6 mmHg idi. TA sistolik 80 mmHg ve diastolik 40 mmHg ölçüldü. Hastada kardiyak ve sonrasında pulmoner arrest gelişmesi üzerine kardiopulmoner resüsitasyona başlandı. Uygun medikal tedaviye cevap veren hasta göğüs cerrahisi yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatör desteğinde takip edildi. Laboratuvar incelemesinde lökosit 25.630/mm³, glukoz 121 mg/dL, albumin 1.7 g/dL, AST 4560 IU/L, ALT 2272 IU/L, laktat dehidrojenaz (LDH) 4528 IU/L, kreatin fosfokinaz (CPK) 5568 IU/L, Ca 6.8 mg/dL idi. Alınan kan kültür incelemesi

negatif geldi. Ancak hastada ampiyeme bağlı septik şok tablosu düşünülerek geniş spektrumlu 3'lü antibiyotik (tavanic 500 mg IV flk. 2x1, amikasin 500 mg amp. 1x2 ve flagyl flk 2 x1) tedavisine başlandı. 5. günde hastadan FiO₂: %50 iken alınan arter kan gazı tetkikinde pH:7.46, pO₂ 136mmHg, pCO₂ 34.3 mmHg ve solunum sayısı 23/dakika olması üzerine mekanik ventilatör desteği kesildi. Tedavinin 10. gününde ampiyem mayiinden alınan kültürde pseudomonas aeroginosa antibiyogramına uygun olarak tavanic 500 mg IV flk ve flagyl flk kesilerek meronem 500 mg flk 2x1 ve vankomisin başlandı. (meronem 500 mg flk 20 gün, vankomisin 16 gün, amikasin 500 mg amp 33 gün kullanıldı.). Yirmiüçüncü günde serviste takip edilmeye başlanan hastanın; ateş 37.2, nabız 86, solunum sayısı 18/dakika laboratuvar incelemede lökosit 13.100/mm³, AST 136 IU/L, ALT 218 IU/L, LDH 380 IU/L idi. Genel durumu düzelen hasta 44. günde taburcu edildi (Resim 3).



Resim 3: İkinci Taburcusundaki PA Akciğer grafisi.

Tartışma

Cerrahi sonrası ampiyem, göğüs ve batin ameliyatları nedeniyle plevral boşluğun enfekte olması durumudur. Akciğer rezeksiyonu sonrası oluşan ampiyemin oluş mekanizmaları; rezeksiyon sonrası bronkoplevral fistül oluşumu, operasyon sonrası gelişen reaksiyonel mayinin enfekte olması, pnömonektomi dışı rezeksiyonlardan sonraki ekspansiyon yetmezliği, pnö-

monektomi poşunun kontamine olması ve insizyon enfeksiyonunun plevral boşluğa ilerlemesidir. Postlobektomik ampiyemlerde kalan akciğerin ekspansiyon olamaması nedeniyle ortaya çıkan boşluklar ampiyem gelişimine zemin hazırlamaktadır (1). Biz olgumuzdaki ampiyemin operasyon sonrası gelişen reaksiyonel mayinin enfekte olması sonrası geliştiğini düşünüyoruz. Çünkü taburcu olduğu dönemde hastanın yara yeri enfeksiyonunu ve akciğer filminde ekspansiyon sorunu olmaması (Resim 1) diğer mekanizmaları ekarte ettiriyordu ayrıca akciğer grafilerinde 175 mL 'nin altındaki efüzyonların tespit edilememesi de düşüncemizi doğrulamaktadır (2).

Klinik görünüm halsizlik ile toksik tablo arasında olabilir. Ateş, halsizlik, öksürük, göğüs ağrısı ve nefes darlığı hastanın belli başlı semptomlarıdır. Fizik muayenede oskültasyonda solunum sesleri tutulan tarafta azalmış ve perküsyonda ise matite alınır. Postero-anterior ve lateral akciğer grafileri efüzyonun varlığını teyit etmekte genellikle yeterlidir. Ampiyem teşhisini takiben, ampiyem mayinin tüp torakostomi ile drenajının sağlanması ve antibiyotik tedavisine başlanması gerekmektedir (1). Light efüzyonlarda tüp torakostomi uygulanma kriterleri olarak; plevral boşlukta belirgin materyalin toplanması, gram boyama ile mayide mikroorganizmanın gösterilmesi, plevral mayii glukozunun 40 mg/dl altında olması, plevral mayii pH'sının 7.00 altında veya plazma pH'sından 0.3 düşük olmasını önermiştir (3).

Septik şok inatçı ve tehlikeli enfeksiyonların bir komplikasyonudur. Son yıllarda sepsisin insidansı giderek artmaktadır. Antibiyotik tedavisi ve hemodinamik izlemedeki yeni gelişmelere rağmen ölüm oranı septik şokta %30-60'dır. Altta yatan hastalığın immun sistemde geliştirdiği zayıflık ve infeksiyöz komplikasyonlar, septik şoka meyilli arttıran başta gelen sebeplerdir (4). Ağır sepsis sıklıkla ateşle seyreder, ancak bazı hastalarda hipotermi oluşabilir. Başlangıçta takipne ve taşikardi vardır. Bu klinik belirtilerin oliguri, hipoksemi ve laktik asidoz gibi hipoperfüzyon bulguları ile birlikte olması septik şok gelişme tehlikesinin arttığına işaret eder. Laboratuvar bulgularında lökopeni veya lökositoz, trombositopeni bulunabilir. Hiperglisemi sıklıkla gözlemlenebilir. Hastaların çoğunlukla %50'de kan kültürleri negatiftir. Transaminaz ve

alkalen fosfataz yüksekliği ile seyreden hiperbilirübeni sıklıkla (4-5). Septik şoka girmiş hastaların büyük bir kısmında miyokardiyal depresyon vardır. Sağ ve sol ventrikül fonksiyonu bozukluğu söz konusu olup, genellikle 4-10 günde bu bozukluk geriler. Önce myokard kompliyansı azalır ve kendini sol ventrikül diastolik fonksiyonunun bozulması ile gösterir. Bunu hemen dilate kardiyomiopati gelişmesi izler ve bazı hastalarda ejeksiyon fraksiyonunda belirgin bir düşüş gözlemlenebilir (4-6). Biz olgumuzda ampiyem tanısı koyduktan sonra septik şokun enfeksiyon bulgularından ateş, lökositoz ve vücutta enfeksiyon odağı tespit ettik ancak alınan kan kültüründen sonuç gelmedi. Laboratuvar değerlerinden hiperglisemi, alkalen fosfataz yüksekliği ve hiperbilirübeni bulunmamasına rağmen yüksek transaminaz değerleri vardı. Septik şokun sistemik belirtilerinden ise takipne, taşikardi, hipotansiyon, solunum yetmezliği tespit edildi. Hastada gelişen kardiyak arrest miyokardiyal depresyona bağlı olduğu düşünüldü.

Septik şokta temel yaklaşım hipovolemi ile hipoperfüzyonun düzeltilmesi, solunum desteği, geniş spektrumlu antibiyotik verilmesi ve nutrisyonel destek tedavi basamaklarını oluşturmaktadır (7). Biz de aynı tedavi yaklaşımını kullandık ve konservatif yaklaşımla hastayı bu kritik tablodan çıkardık.

Sonuç olarak ampiyem hastalarında sepsis, operasyon sonrası dönemde nadir görülmeyle birlikte hayatı tehdit edebilecek boyutlara ulaşabilen bir komplikasyondur. Bu olgular gerekirse yoğun bakım şartlarında takip edilmeli ve gerekli medikal tedaviye zaman kaybetmeden başlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Shields TW: Parapneumonic empyema. In: Shields TW ed. General Thoracic Surgery. 4th ed. Baltimore: Williams&Wilkins. 1994:684-93.
2. Raasch BN, Carsky EW, Lane EJ, O'Callaghan JP, Heitzman ER. Plural effusion: Explanation of some typical appearances. AJR 1982;139:899
3. Light RW. Parapneumonic effusions and Empyema Light RW ed. Pleural Diseases, 3rd ed. California, W&W, 1995:129-53.
4. Edwards JD. Management of septic shock. BMJ 1993;306:1661-41.
5. Parillo JE, Parker MM, Natanson C, Suffredini AF,

- Danner RL, Cunnion RE, Ognibene FP. Septic Shock in humans. Advances in the Understandings of pathogenesis, cardiovascular Dysfunction, and Therapy. Ann intern Med 1990;113:227-42.
6. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M, N Engl. The epidemiology of sepsis in The United States from 1979 through 2000. J Med 2003;348:1546-54
7. James E.Barone, Snyder AB. Treatment strategies in shock. Use of oxygen transport measurements Heart&Lung January 1991, Vol. 20, No:1