

Tanınız Nedir? (Devamı) Instructive Case (Continued)

Tartışma

Hastada olası nonspesifik enfeksiyona yönelik sefiksim (10 mg/kg/gün) ve klindamisin (40 mg/kg/gün) tedavileri başlanarak, tetkikleri planlandı. PPD 23x16 mm olarak saptandı (BCG skar: 2 adet), tüberküloz enfeksiyonu lehine yorumlandı. Çekilen toraks BT'sinde sol akciğer üst lob posterior segmentte keskin sınırlı opasiteler geçirilmiş spesifik enfeksiyon sekeli olarak değerlendirildi. Sol anterior göğüs duvarında meme dokusu posteriorunda meme dokusunu kısmen öne iten ve pektoral kas içinde kontrast tutan yaklaşık 7x6x3 cm kistik lezyon saptandı, bu bölgeye uyan plevral bölgede lokalize ampiyemi destekler görünüm saptandı. Göğüs duvarı anteriorunda interkostal aralıktan plevra ile ilişkili koleksiyon saptanması ampiyema nesessitatis olarak yorumlandı (resim 3). Olguda öncelikle tüberküloz ve malignitenin ekarte edilmesi gerektiği düşünüldü. Pediatrik Onkoloji tarafından konsülte edilen hastada fibroadenom ve sistosarkoma falloides (cystosarcoma phalloides) başta olmak üzere meme tümörleri ayırıcı tanıda düşünüldü. Ancak ultrasonografi ve BT bulguları desteklemediği için meme tümörü tanısından uzaklaşıldı. 15 günlük non spesifik tedavi sonrası kitle boyutlarında değişiklik olmadı. Lezyondan USG eşliğinde aspirasyon yapıldı ve alınan materyalde AARB (+) olarak saptandı. Olguya izoniasid (10 mg/kg/gün), rifampisin (15 mg/kg/gün), pirazinamid (30 mg/kg/gün) ve etambutol (25 mg/kg/gün) olarak 4'lü antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin 20. gününde kitlede artış olması sebebiyle operasyon planlandı. Ancak lezyonun meme dokusunda olup boyutunun da büyük olmasından dolayı duyulan estetik kaygılar sebebiyle, ultrasonografi eşliğinde drenaj kateteri takılarak takip edildi. İki hafta drenaj kateteri ile izlenen hastadan yaklaşık 200 ml. püü drenajı oldu. Materyalden alınan kültürde *Mycobacterium tuberculosis* üremesi oldu. Almakta olduğu tedaviye duyarlı idi. Drenajın sona ermesini takiben kateter çekildi. Antitüberküloz tedavi ile göğüs duvarı ve memedeki şişlikte gerileme oldu. Antitüberküloz tedavinin 2. ayında meme muayenesinde kitle saptanmamış, eritrosit sedimentasyon hızı 16 mm/saat olarak bulunmuştur. Antitüberküloz tedavi toplam 8 ay verilmiştir.

Ampiyem, özellikle plevral daha nadir olarak da subdural veya mediastinal kavitelere pürülan materyal birikimidir ve antibiyotik kullanımına bağlı olarak eskiye oranla daha az rastlanan bir durumdur. Ampiyem nesessitatis (empyema necessitatis, empyema necessitans) ise enfekte kolleksiyonun, ampiyem kavitesinden deri altı yumuşak dokulara sızması olarak tarif edilen oldukça nadir bir durumdur (1,2). Ampiyem nesessitatis geliştiğinde deride fluktuasyon veren bir kitle palpe edilir ve eğer tedavi edilmezse, yüzeye ulaşır ve spontan drene olabilir, bu durumda ise plevra-kutan fistül olarak adlandırılır (1). Enfekte materyalin yumuşak dokulara sızması meme, bronşlar, mediasten, özefagus, diafragma, perikard veya retroperitoneal bölgelere olur, nadiren kasık veya bacağı uzanabilmektedir. Antibiyotik kullanımı yaygınlaşmadan önceki dö-

nemlerde ampiyem nesessitatisin, tüberküloz, fungal enfeksiyon veya pnömoninin çeşitli formlarında ortaya çıktığı bildirilmiştir. Ancak tüberküloza veya mantar gibi enfeksiyonlara bağlı olarak nadiren de olsa günümüzde de görülmektedir (3).

Ampiyem nesessitatis ile ilgili yayınlar son otuz yılda olgu sunumları olarak literatürde yer almakta, bu konuda ağırlıklı vakaların görülmesinin üzerinden 50 yıl gibi uzun bir zaman geçtiği anlaşılmaktadır (4,5). Literatürde bildirilen vakalarda genellikle alta yatan hastalık tüberküloz olarak bildirilmiş olmasına rağmen, malignensi, blastomikozis, aktinomikoz (6), *pseudomonasa* (2) ve *S. aureus*'a bağlı pnömoniye (7) bağlı olarak da gelişmektedir. Bununla birlikte çocukluk döneminde çok nadir olarak görülür. 1987-2007 yılları arasında yaptığımız literatür taramasında pubmedden ulaşılan tam metin veya özet yayınlarda; ampiyem nesessitatis saptanan 21 yayındaki 26 vaka değerlendirildiğinde, 21 vakanın erişkin, 5 vakanın çocukluk yaş grubunda olduğu görüldü. Erişkinlerde etyoloji, 11 vakada tüberküloz, 5 vakada aktinomiçes, 3 vakada *S. aureus* pnömonisi, 1 vakada aspergilloz, 1 vakada da nonhodgkin lenfoma olarak bildirilmiştir. Çocuk hastalarda ise, 2 hastada kistik fibrozis zemininde *Pseudomonas cepacia* pnömonisi, 2 hastada *S. aureus* pnömonisi, 1 vakada da *S. pneumonia* pnömonisi olduğu bildirilmektedir (8,9). Erişkinlerde bildirilen olguların ortalama yarısının tüberküloza bağlı olduğu bildirilmiştir. Ancak çocuklarda tüberküloza bağlı ampiyem nesessitatis olgusu bildirilmemiştir. Ancak olgumuzun 17 yaşında olduğu ve erişkin döneme yaklaştığı da akılda tutulmalıdır.

Tanıda en uygun yöntem kontrastlı CT olarak bildirilmiştir (4, 10-12). Tedavi açısından uygun kemoterapi yanında genellikle operasyon veya drenaj önerilmektedir (7-9).

Kaynaklar

1. E-medicine web site, <http://www.emedicine.com/radio/topic245.htm>. (20.09.2007).
2. Noyes BE, Michaels MG, Kurland G, Armitage JM, Orenstein DM. *Pseudomonas cepacia* empyema necessitatis after lung transplantation in two patients with cystic fibrosis. *Chest* 1994; 105: 1888-91.
3. Haddad CJ, Sim WK. Empyema necessitatis. *Am Fam Physician* 1989; 40: 149-52.
4. Peterson MW, Austin JH, Yip CK, McManus RP, Jaretzki A 3rd. CT findings in transdiaphragmatic empyema necessitatis due to tuberculosis. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11: 704-6.
5. Eschelmann DJ, Gibbens DT, Fielding JR, Romo LB, Parker DR, Argy M, et al. Tuberculous empyema necessitatis. *Am J Roentgenol* 1991; 156: 1295-96.
6. Bhatt GM, Austin HM. CT demonstration of empyema necessitatis. *J Comput Assist Tomogr* 1985; 9: 1108-9.
7. Tonna I, Conlon CP, Davies RJ. A case of empyema necessitatis. *Eur J Intern Med* 2007; 18: 441-2.
8. Moore FO, Berne JD, McGovern TM, Ravishankar S, Slamon NB, Hertzog JH. Empyema necessitatis in an infant: a rare surgical disease. *J Pediatr Surg* 2006; 41: e5-7.
9. Stallworth J, Mack E, Ozimek C. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* empyema necessitatis in an eight-month-old child. *South Med J* 2005; 98: 1130-1.
10. Neukirch R, Zocholl G, Menke H. Empyema necessitatis-a differential diagnostic problem in ventilated patients in intensive care. *Aktuelle Radiol* 1991; 1: 262-5.
11. Glicklich M, Mendelson DS, Gendal ES, Teirstein AS. Tuberculous empyema necessitatis. *Computed tomography findings. Clin Imaging*. 1990; 14: 23-5.
12. Gamroth A, Schmitteckert H, Beyer-Enke SA, Görlich J. Computerized tomography aspect of empyema necessitatis *Radiology* 1987; 27: 422-4.