

AKCİĞERİN SÜPÜRATİF HASTALIKLAR

BRONŞEKTAZİ

■ Bronkusların destrüktif dilatasyonu...

■ Bir ya da daha fazla bronşun,

Bronş duvarının kas ve elastik komponentlerinin destrüksiyonu,

Anormal ve Kalıcı genişlemeler ..

■ Gelişmiş ülkelerde boğmaca ve kabakulak için etkin aşılama programları, akciğer tüberkülozu prevalansında azalma ve gelişmiş antibiyotik tedavisi sayesinde bronşektazi insidansı azalmıştır.

■ Ülkemizde halen sık karşılaşılan önemli bir hastalıktır.

ETYOLOJİ VE PATOGENEZ

■ Tek bir hastalık değil, değişik nedenler sonucunda ortaya çıkan anatomik bir bozukluktur.

■ Bronş tıkanması ve bu tıkanmanın arkasında oluşan enfeksiyon bronşektazi başlangıcının en büyük etkenidir,

□ Çoğunlukla çocuklukta geçirilen nekrotizan bir enfeksiyon ya da çok sayıda enfeksiyon sonucunda edinsel bir bozukluk olarak ortaya çıkarsa da; nadiren konjenital gelişimsel bir anomali, kalıtsal ultrastrüktürel veya metabolik defektler, immün yetmezlik sendromu sonucunda da oluşabilir.

1-Bronşların obstrüksiyonu veya anormal dilatasyonu,

2-Kronik persistan enfeksiyon.

- Konjenital Bronşektazi

Primer

Sekonder

- Anatomik defektler

Trakeobronkomegali (Mounier-Khunn Sendromu), Bronkomalazi (Williams-Campbell Sendromu),

İntralober pulmoner sekestrasyon,

Yellow Nail (Sarı tırnak) Sendromu

- **Ultrasütrüktürel defektler**

Primer silier diskineziler - Kartagener Sendromu, Young Sendromu

- **Metabolik defektler**

Kistik fibrozis, Alfa-1 antitripsin eksikliği

- **İmmün yetmezlik sendromları**

Ig G eksikliği

Ig A eksikliği Lökosit disfonksiyonu

Edinsel Bronşektazi

- **Bronkopulmoner enfeksiyonlar**

Mikotik enfeksiyonlar (Histoplazmozis), Mikoplazma enfeksiyonları

- **Bronş obstrüksiyonu**

Yabancı cisim, Neoplazmalar (Adenomlar, Bronş Ca.)

Hiler adenopati (Histoplazmozis, Sarkoidozis, Tbc.)

Mukoid tıkaç (allerjik bronkopulmoner aspergillozis, postoperatif mukus tıkaçları vs.) Orta Lob Sendromu

- **KOAH**

- **İmmünite ile ilişkili bozukluklar**

- **Diğer**

Tekrarlayan aspirasyon pnömonileri (alkolizm, nörolojik bozukluklar)

Lipoid pnömoni, İrritan gaz inhalasyonu

Unilateral hiperludent akciğer (Swyer-James-Mcload Sendromu)

TANI

■ **Kesin tanı için bilgisayarlı toraks tomografisi veya bronkografi gerekir.**

■ **Bronkografi, invaziv bir yöntem olduğu için günümüzde yerini bilgisayarlı tomografiye bırakmıştır.**

■ Bronkoskopi, direkt tanıda kullanılan bir yöntem olmamakla birlikte bronşektazide nedeni ortaya çıkarmak için, hemoptizinin yerini belirlemede ve aspirasyon için kullanılır.

TEDAVİ

■ Bronşektazinin tedavisi konusunda fikir ayrılıkları halen devam etmekte olsa da, hastalığın tedavisinde;

1-Tıbbi ve konservatif tedavi,

2-Cerrahi tedavi uygulanmaktadır.

1-Tıbbi ve konservatif tedavi: Hastalığı ortadan kaldırmasa da asemptomatik hale getirerek yaşam kalitesini artırmaktadır.

Tıbbi tedavi: Antibiyotik tedavisi

Fizyoterapi ve bronkoskopi,

Antienflamatuar ve bronkodilatatörler,

Mukolitik ve ekspektoran tedavi

Altta yatan etyolojiye yönelik tedavi, influenza ve pnömokok aşılı

2-Cerrahi tedavi: Uygun olan vakalarda kesin sonuç veren tedavi şekli olup, her vakada yapılamaz.

Endikasyonları:

1-Tıbbi tedaviye dirençli lokal bronşektazi,

2-Lokal hastalığı olup sık sık tıbbi tedavi almak istemeyen hastalar,

3-Belirli bir bölgeden massif hemoptizisi olan hastalar

■ Hasta cerrahi tedaviyi kabul etmiyorsa veya genel durumu ameliyatı kaldıramayacak kadar kötüyse bronşial artere selektif embolizasyon uygulanabilir.

Bronşektazide cerrahi rezeksiyonlar:

- Segmental rezeksiyon

- Segmentlerin kombinasyonu

- Lobektomi

- Pnömonektomi (tek taraflı yaygın bronşektazi) gibi rezeksiyonlar yapılabilir.

AKCİĞER ABSESİ

■ Lokalize destrüktif, kaviter, süpüratif bir hastalıktır.

PATOGENEZ

A. Primer

1-Aspirasyon

a- Bilinç bozukluğu

b- Kötü oral hijyen

c- Özefagus hastalıkları (Reflü, striktür, hiatal herni, motilite bozuklukları, kanser)

2-Nekrotizan pnömoni

a- Akut (S. Aureus, K. Pnömonia) ve kronik pnömoniler (mantar, Tbc).

b- İmmün yetmezlik (fırsatçı enfeksiyonlar): Organ nakli, steroid tedavisi, kanser kemoterapisi, diabet, malnütrisyon ve düşünlük

B. Sekonder

1. Bronş obstrüksiyonu: Tm' ler, yabancı cisim, LAP

2. Kaviter lezyonlar

3. Direkt yayılım: Amebiasis, subfrenik abse

4. Hematojen yayılım

■ Piyojenik akciğer absesinin meydana gelmesinde en çok orofarenks veya nazofarenksdeki maddelerin aspirasyonu rol oynar.

■ Aspirasyon olması için ise çoğunlukla şuurun ortadan kalkması gerekir. (alkol koması, genel anestezi, epilepsi nöbetleri, beyin damar tıkanıklıkları, kafa travması ve suda boğulma tehlikesi geçirenlerde oluşur)

Özofago-trakeal ve özofago-bronşial fistüllerde de akciğer absesi gelişebilir.

■ Şuur kaybı olan kişiler genelde sırt üstü yatarlar. Bu pozisyonda aspire edilen madde trakeaya, daha sonra karinadaki açılanmadan dolayı sağ ana bronşa, lob olarak üst lob posterior segmente ya da alt lob superior segmente gider.

■ Bu nedenle piyojenik akciğer abseleri en çok bu iki segmentte görülür (sağ üst lob posterior, sağ alt lob superior segment).

Yabancı maddelerin bronşa girmesini

↓
Ciddi bir pnömonitis

↓
Likefaksiyon (erime) nekrozu meydana doku sıvılaşır. (en çok sebep olan mikroorganizmalar anaerob bakterilerdir.)

↓
Sıvılaşmış nekrotik materyal drenaj bronşundan boşaldığı zaman içinde hava-sıvı seviyesi bulunan nekrotik kavite ortaya çıkar.

KLİNİK

■ Yüksek ateş, öksürük, sık olarak toksik görünüm mevcuttur. Ayrıca göğüs ağrısı da vardır.

■ Abse kavitesinin nekrotik muhteviyatının boşalmasının habercisi sık olarak bir hemoptizidir.

■ Bu ilk belirtiyi genellikle pürülan, bazen de pütrit balgamın çıkarılması takip eder.

■ Balgam çoğu kez bol miktarda olup kusar gibidir. Bazen de az miktarda olabilir.

■ Çomak parmak vakaların %20'sinde görülebilir.

■ Vücut savunma mekanizmasını yıkan ilave hastalıkların komplikasyonu olarak ortaya çıkan oportunistik (fırsatçı) abseler artmaktadır.

■ Oportunistik abselerin nedenleri çocuklukta prematürelilik, kongenital defektler, geçirilen bronkopnömoni, kan diskrazileri veya sistemik hastalıklar olabilir.

Yaşlı hastalarda: malign hastalıklar, kortikosteroid tedavi, immüno-süpressif ilaçlar ve radyasyon tedavisi sebep olabilir.

■ Bu hastalıklar sık sık birden fazla abse kavitesinin oluşmasına neden olurlar ve bu abseler hastanede yatarken meydana gelir.

■ Bakteriyolojik olarak da bu abseler klasik aspirasyon abselerinden farklıdır.

■ Staphilococcus aureus en sık sebep olan bakteridir. Bu abselerin özel bir yer seçme özellikleri yoktur.

■ Akciğerin her yerinde meydana gelebilir. Sağ akciğer sola nazaran daha fazla tutulur

Akciğer absesinin birincil tedavisi tıbbidir. Cerrahi tedavi ise endikasyon konulan vakalarda uygulanır. Tıbbi tedavinin esasını drenaj ve antibiyotik tedavisi oluşturur.

■ Akciğer absesinde uygulanacak drenaj duruma göre değişir. Eğer abse bronşa açılmış ise uygulanacak drenaj postüral drenajdır.

■ Diğer bir drenaj şekli ise transbronşial kateter drenajıdır. Bronkoskopik olarak uygulanır.

■ Skopi altında kavitenin yeri tespit edilir, transbronşial girilerek aspirasyon yapılır.

Cerrahi tedavi endikasyonları:

1. Durdurulamayan massif kanama (acil cerrahi)

2. İki aylık tedaviye rağmen geride 4-6cm. çapında kalın duvarlı kavite sebat ediyorsa (kronikleşme)

3. Bronkoplevral fistül, ampiyem ve bronşektazi gibi komplikasyon gelişmişse

4. Altta malignite varsa,yani kavite oluşturmuş bir akciğer kanseri mevcutsa cerrahi tedavi uygulanır.

■ Akciğer absesinde uygulanan cerrahi tedavi çoğu kez lobektomidir.

PROGNOZ

■ Primer pyojenik akciğer abselerinde antibiyotiklerin kullanılmadığı yıllarda mortalite %25-30 iken günümüzde %5'in altına düşmüştür.

■ Halbuki başka bir hastalığın komplikasyonu olarak ortaya çıkan oportunistik (fırsatçı) abselerde ise halen mortalite yüksektir.

