



PNÖMONİ



Dr. Başak Bayram

Tipik Pnömoni Akut, gürültülü başlangıç, ateş, öksürük, pürülan balgam çıkarma, raller, sıklıkla lobar konsolidasyon ve lökositozla karakterize bakteriyel pnömonidir. En sık rastlanan etken *Streptococcus pneumoniae*'dir.

Atipik Pnömoni Daha çok genç bireylerde ateş, halsizlik, baş ağrısı gibi ön belirtiler ile birlikte subakut bir başlangıç, kuru veya mukoid balgamla birlikte öksürük, fizik muayene ve radyolojik bulgular arasında çoğu kez uyumsuzluk olan, sıklıkla lökositoz görülmeyen, sistemik organ tutulumuna ait semptom ve bulguların ön planda görülebildiği pnömonilerdir. En sık atipik pnömoni etkenleri *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* ve virüslerdir.

Hastane Kökenli Pnömoni Hastaneye gelişinde pnömonisi olmayan ancak 48 saat içerisinde veya daha sonra pnömoni gelişen hastalar.

Ventilatör ilişkili Pnömoni Entübasyon öncesinde pnömonisi olmayan ve entübe edildikten sonra 48 saat içerisinde pnömoni gelişen hastalar

En Sık Görülen Yakınmalar

Öksürük, Ateş, Dispne, Balgam çıkarma, Plöretik göğüs ağrısı

Fizik Muayene

- Akciğerde lokalize ince raller
- Bronşiyal solunum sesi
- Bronşial tıkanıklığa bağlı ronküs
- Plevral effüzyon varlığında perküsyonda matite
- Sistemik enfeksiyon bulguları
 - Ateş
 - Hipotansiyon
 - Taşikardi

Tanı Pnömoni düşündüren yakınmalar ve fizik muayene bulgularının varlığında ve -eğer mümkünse- alınan akciğer grafisinde infiltratların gözlenmesi tanı için yeterlidir. Mikroorganizmanın belirlenmesi sıklıkla mümkün değildir. Bunun için balgam gram boyaması ve mikroskopisi, kültürler (balgam, kan, plevra sıvısı) ve seroloji istenebilir. Ayaktan tedavi görecektir hastalara balgam gram boyama ya da kültür istenmez. Hastaneye yatırılan

Toplum Kökenli Pnömoni Yatarak Tedavisinde Antibiyotik Önerileri

MRSA ve P. aeruginosa için Risk Faktörü Olmayan Yetişkinler	- Beta-laktam (ampisilin + sulbaktam her 6 saatte bir 1.5-2 g, Sefotaksim her 8 saatte bir 1-2 g , seftriakson 1-2 g/gün, ya da seftarolin her 12 saatte bir 600 mg) VE bir makrolid (azitromisin 500/gün veya klaritromisin, günde iki kez 500 mg) ile kombinasyon VEYA - Solunum florokinolonu ile monoterapi (levofloksasin günlük 750 mg, moxifloksacin günlük 400 mg) - Makrolid ve Florokinolonların her ikisine de kontrendikasyonu olan hastalarda ise: Bir Beta-laktam ile (ampisilin + sulbaktam, Sefotaksim, seftriakson veya seftarolin) ve doksisisiklin (100 mg/günde iki kez)
MRSA veya P. aeruginosa için Risk Faktörleri Olan yatan hastalar	- MRSA'nın ampirik tedavi seçenekleri vankomisin (her 12 saatte bir 15 mg / kg, seviyelere göre ayarlama) veya linezolid (her 12 saatte bir 600 mg) bulunur. P. aeruginosa'nın ampirik tedavi seçenekleri piperasiline-tazobaktam (her 6 saatte 4.5 g), sefepim (her 8 saatte 2 g), seftazidim (her 8 saatte 2 g), aztreonam (her 8 saatte 2 g), meropenem (1 g her 8 saatte) veya imipenem (her 6 saatte bir 500 mg)

Kaynaklar

1. Türk Toraks Derneği Erişkinlerde Hastanede Gelişen Pnömoni Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu (2009). Türk Toraks Dergisi; Cilt 10, Ek 9, Haziran 2009
2. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America / American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 2:S27.
3. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. October 2019:e45-e67.