Fırat Tıp Derg/Firat Med J 2017; 22(1): 52-54

Olgu Sunumu

Kaviter Lezyonla İlişkili MRSA'ya Bağlı Toplumda Gelişen Pnömoni Olgusu

Selçuk NAZİK[1,a], Efraim GÜZEL[2], Oya BAYDAR[2], İsmail HANTA[2]

[1]*Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bingöl, Türkiye*
[2]*Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye*

ÖZET

Toplumda gelişen pnömoni, tüm dünyada yaygın ve ciddi bir hastalıktır. En sık etkenler *Streptococcus pneumoniae* ve *Mycoplasma pneumoniae*'dir. Toplum kökenli metisilin dirençli *Staphylococcus aureus* (TK-MRSA), sağlık bakımı risk faktörü olmayan, sağlıklı kişilerde pnömoni etkeni olarak karşımıza çıkar. TK-MRSA'nın neden olduğu kaviter pnömoni yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Bu yazıda, kaviter lezyonla ilişkili MRSA'ya bağlı toplumda gelişen pnömoni olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: *Kaviter Pnömoni, Hemoptizi, Metisilin Dirençli Staphylococcus Aureus.*

ABSTRACT

A Case of Community Acquired Pneumonia Related Cavitary Lesion Due to Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus

Community acquired pneumonia is a common and serious illness worldwide. The most common causative agents are *Streptococcus pneumoniae* and *Mycoplasma pneumoniae*. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (CA-MRSA) emerges as agent of pneumonia in healthy people without health care risk factor. Cavitary pneumonia which is caused by CA-MRSA, has high mortality and morbidity. Therefore, early diagnosis and treatment are crucial. In this paper, we aimed to present a case of community-acquired pneumonia related cavitary lesion due to MRSA.

Keywords: *Cavitary Pneumonia, Hemoptysis, Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus.*

Herhangi bir immün yetmezlik öyküsü olmayan kişinin günlük yaşamı sırasında ortaya çıkan pnömoniye toplumda gelişen pnömoni (TGP) denir (1). Sıklıkla başta *Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae* gibi etkenler ile meydana gelmekte ve başlangıç antibiyotik tedavisinin bu patojenleri kapsaması önerilmektedir. *Staphylococcus aureus* gibi patojenlerin daha çok hastane kökenli pnömoni ile ilişkili olduğu bilinmekle birlikte, son yıllarda bazı risk faktörlerinin varlığında TGP etkeni olarak saptandığı bildirilmektedir (2). Bu durumda farklı klinik seyir ve radyolojik bulgular ile başlangıç tedaviye yanıtsızlık önemli ipuçları olabilir.

Bu yazıda, kendini kaviter lezyonla gösteren ve ayırıcı tanıda pek çok hastalığı düşündüren metisiline dirençli *S. aureus*'a (MRSA) bağlı bir TGP olgusu tartışılmıştır.

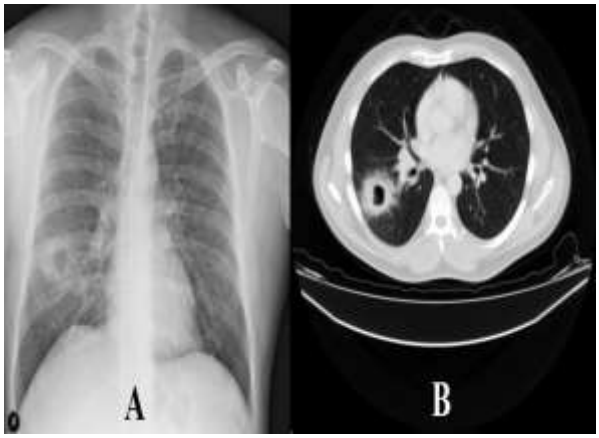
OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşında erkek hasta, Suudi Arabistan'da berber olarak çalıştığı, evli olduğu ve altı ayda bir Türkiye'ye geldiği, hastaneye başvurmadan iki hafta önce üşüme, titreme, ateş ve kanlı balgam şikayetleri ile Suudi Arabistan'da doktora başvurduğu ifade edildi. Üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek, sefiksim, parasetamol ve nazal dekonjestan tedavisi başlandığı, on günlük tedavi sonrası şikâyetlerinde tam düzelme olmaması üzerine Türkiye'ye geldiği öğrenildi. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hasta, akciğer grafisinde kaviter lezyon olması nedeni ile izole edilerek yatırıldı ve intravenöz amoksisilin-klavulanat 3x1 gr başlandı. Hastanın sosyal öyküsünde; Suudi Arabistan'da altı erkek arkadaşı ile bir odada kaldığı, işi gereği hac ziyaretine gelenlerle sürekli temas halinde olduğu, bu nedenle iş yerinde cerrahi maske kullandığı öğrenildi. Ayrıca sigara ve alkol kullanmadığı ve homoseksüel ilişkisinin olmadığı belirtildi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde ise özellik saptanmadı.

Fizik muayenede vital bulguları stabil idi. Sağ hemitoraks infraskapular alanda özellik yoktu. Diğer sistem muayeneleri ise doğaldı. Hastaneye ilk başvurduğunda, kan beyaz küre sayısı (WBC) 12.400/µl, C-reaktif protein (CRP) 9.28 mg/dl (N<0.8 mg/dl), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 71 mm/saat olarak saptandı. Tam idrar tetkiki, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ise normaldi. Kan kültürü, balgam kültürü, direkt asidorezistan boyama (d-ARB), tüberküloz (TB) kültürü ve Suudi Arabistan'dan gelmesi nedeni ile

[a] Yazışma Adresi: Dr. Selçuk NAZİK, Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bingöl, Türkiye
Tel: 0505 501 9161 e-mail: dr.selcuknazik@hotmail.com
Geliş Tarihi/Received: 19.01.2016 Kabul Tarihi/Accepted: 16.02.2016

MERS-CoV'a ait tetkikleri istendi. Akciğer tomografisinde sağ akciğer alt lob süperior segmentte duvar kalınlığında artış, asimetrik yapıda kaviter lezyon varlığı ve peribronşial, perivasküler kalınlaşmalar saptandı (Şekil 1). Bronkoskopi yapıldı ve bronko alveolar lavaj (BAL) örneği alınarak, kültür, d-ARB ve sitolojik açıdan incelendi. Balgam ve BAL kültüründe MRSA üredi. d-ARB negatifti ve TB kültüründe üreme olmadı. Sitolojide malign hücre görülmedi. MERS-CoV (-) ve viral paneli (-) olarak sonuçlandı. Ateşi devam eden hastanın amoksisilin-klavulanat tedavisi sonlandırılarak, tigesiklin 1x100 mg intravenöz yükleme, 2x50 mg idame tedavisi başlandı. On dört gün tedavi verildi. Klinik olarak düzelen hastanın; CRP, ESH, WBC değerleri normal sınırlara geldi ve akciğerdeki kavite kayboldu (Şekil 2). Tedavi sonunda hastamız şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1. *Hastanın tedavi başlangıcındaki akciğer grafisi (A) ve akciğer tomografi görüntüsü (B).*



Şekil 2. *Tedavi sonunda çekilen akciğer grafisinde kavite kayboldu.*

TARTIŞMA

Toplumda gelişen pnömoni olgularının etiyolojisinde çeşitli bakteri ve virüslerin yer aldığı bilinmektedir. Olguların %30'unda ise bu iki etken bir arada görülmektedir. Toplum kaynaklı MRSA (TK-MRSA) olgularının sıklıkla viral bir etkeni takip ettiği tespit edilmiştir (3, 4). Metisilin dirençli *S. aureus* sıklıkla hastane kaynaklı bir etken olmasına rağmen, toplum kaynaklı olarak sağlıklı kişilerde de görülmektedir. TK-MRSA olguları öncelikle deri ve yumuşak doku ilişkili enfeksiyonlar olarak karşımıza çıkar. Ancak bazen nekrotizan fasiit, osteomiyelit, piyomiyozit, kaviter pnömoni ve sepsis gibi invaziv ve ciddi enfeksiyonlara neden olabilir (5). TK-MRSA olguları başta Amerika olmak üzere batı ülkelerinde önemli bir patojen iken ülkemizdeki epidemiyolojik veriler TK-MRSA olgularının hala bir problem teşkil etmediğini göstermektedir (6).

Toplumda gelişen pnömonide MRSA için bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Eşcinsel ilişki, askeri personel, mahkumlar, mücadeleye dayalı sporlarla uğraşanlar, günlük bakımevleri (kreş, çocuk yuvası) ve kalabalık ortamda yaşayanlar, intravenöz uyuşturucu kullanan kişiler, veterinerler ve kolonize hayvanlar ile temasta bulunanlar sayılabilir (7). Yine TGP'nin radyolojik bulguları arasında kavitasyon nadiren gözlenmektedir. Bu durumda başta tüberküloz, akciğer kanseri gibi başka sık görülen hastalıklarla kolayca karıştırılabilir ve gereksiz incelemelere neden olabilir. Pnömoni düşünülen durumlarda kavitasyon varlığında Stafilokok pnömonileri akla gelmelidir. *Staphylococcus aureus'*a bağlı pnömonilerde genellikle homojen olmayan, subsegmental opaklaşmalar, düzensiz, kalın duvarlı kaviteler oluşabilirken çocuklarda ince duvarlı pnömatosel geliştiği bildirilmiştir (8).

Metisilin dirençli *S. aureus* kaynaklı pnömoni olgularında tedavi yaklaşımında vankomisin, teikoplanin, linezolid, kinupristin-dalfopristin, telavansin veya seftarolin önerilmektedir. Minosiklin derivesi olan ve glisilsiklin grubunun ilk üyesi tigesiklinin asıl endikasyonu komplike deri ve yumuşak doku enfeksiyonları ve komplike intraabdominal enfeksiyonlardır. Buna ek olarak 2009 yılında TGP tedavisinde de onay almıştır. Olgunun kliniğinin ağır olmaması, tigesiklinin geniş etki spektrumu ve akciğer penetrasyonu düşünülerek hastaya tigesiklin tedavisi başlandı (9, 10). On dört günlük tedavi sonrası hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç olarak, TK-MRSA pnömonisi nadir görülen ancak mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Akciğerde kaviter lezyon ve hemoptizi gibi bulgulara sahip hastalıklar içerisinde TK-MRSA pnömonisi ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken önemli tanılardan biridir.

KAYNAKLAR

1. Acar A, Öncül O. Community-acquired pneumonia. Klimik Dergisi 2007; 20: 3-16.
2. Sancak B. Resistance mechanisms of MRSA: epidemiology in the World and Turkey. ANKEM Dergisi 2012; 26: 38-47.
3. Toru Ü. Toplum kökenli metisilin dirençli staphylococcus aureus pnömonisi ne kadar önemli? Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2014; 2: 27-34.
4. Ramirez JA, Anzueto AR. Changing needs of community-acquired pneumonia. J Antimicrob Chemother 2011; 66: 3-9.
5. Chen J, Luo Y, Zhang S, *et al*. Community-acquired necrotizing pneumonia caused by methicillin-resistant staphylococcus aureus producing panton-valentine leukocidin in a Chinese teenager: case report and literature review. Int J Infect Dis 2014; 26: 17-21.
6. Korten V. Multi-resistant gram positive bacteria (MRSA and VRE): management and control. ANKEM Dergisi 2013; 27: 57-62.
7. Nathwani D, Morgan M, Masterton RG, *et al*. Guidelines for UK practice for the diagnosis and management of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infections presenting in the community. J Antimicrob Chemother 2008; 61: 976-94.
8. Bilgen I, Demirpolat G, Savaş R, Alper H. Cystic and cavitary benign pulmonary lesions. Toraks Dergisi 2003; 4: 95-9.
9. Taşova Y. From tetracycline to tigecycline. ANKEM Dergisi 2010; 24: 36-44.
10. Çilli A. The yield of tigecycline in the treatment of community-acquired pneumonia. Tuberk Toraks 2013; 61: 155-61.