

Diş Apsesine Sekonder Gelişen Septik Pulmoner Emboli Olgusu

A Case of Septic Pulmonary Embolism Secondary to Tooth Abscess

Muzaffer Sarıaydın, Aydın Balcı, Sevinç Sarıncı Ulaşlı, Ersin Günay, Seçil Demir, Mehmet Ünlü

Özet

Septik pulmoner embolide, primer enfeksiyon odağındaki fibrin içine yerleşmiş mikroorganizmaları içeren trombüs pulmoner arterlere yerleşmektedir. Her iki akciğer parankiminde genellikle multipl ve bilateral nodüler, kaviter veya kama şeklinde infiltrasyonlara yol açar. Altmış sekiz yaşında erkek hasta ateş ve göğüs ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta plevral efüzyon ve birkaç adet kaviter lezyon görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral multipl kaviter lezyonlar ve sağ hemitoraksta plevral efüzyon izlendi. Hastanın ayrıntılı anamnezinde 20 gün önce diş absesi nedeniyle üç gün antibiyotik tedavisi kullandığı öğrenildi. Kliniğimizde seftriakson ve metronidazol tedavisi başlandı ve hızlı klinik iyileşme gözlemlendi. Hastaya bu klinik ve radyolojik bulguları ile septik pulmoner emboli tanısı konuldu. Septik pulmoner embolinin nadir ancak ciddi sonuçları olmasından dolayı, ayrıntılı anamnez ve radyolojik bulgular ile tanıya ulaşmanın kolaylığını vurgulamak amacı ile bu olguyu sunduk.

Anahtar Sözcükler: Septik Pulmoner Emboli, Diş Apsesi, Bilgisayarlı Tomografi.

Abstract

Septic pulmonary embolism is a disease which spreads of infectious microorganisms embedded in arterial fibrins. It usually causes multiple or bilateral nodular infiltrates and wedge-shaped cavity on bilateral lung parenchyma. A 68-year-old male patient admitted to our clinic with complaints of chest pain and fever. A few cavitory lesions and right-sided pleural effusion were identified on chest X-ray. Thoracic computed tomography revealed bilateral multiple cavitory lesions and pleural effusion in the right hemithorax. Based on his medical history, he received a non-specific antibiotic medication for three days for tooth abscess approximately 20 days ago. Then, treatment was initiated with ceftriaxone and metronidazole. Rapid clinical improvement was observed. With these clinical and radiological findings, the diagnosis of septic pulmonary embolism was made. We present this case to highlight the importance of early diagnosis with detailed medical history and radiological findings of this rare disease with possible serious consequences.

Key words: Septic Pulmonary Embolism, Tooth Abscess, Computed Tomography.

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

Department of Pulmonary Medicine, Afyon Kocatepe University Faculty of Medicine, Afyonkarahisar, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 02.07.2015 **Kabul tarihi (Accepted):** 22.09.2015

İletişim (Correspondence): Muzaffer Sarıaydın, Afyon Kocatepe Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

e-mail: drmuzaffer1@gmail.com



Septik pulmoner emboli (SPE) tablosu, ateş, solunumsal semptomlar ve akciğerde infiltrasyon ile kendini gösteren, nadir görülen bir hastalıktır (1,2). Başlangıçtaki klinik ve radyolojik özellikler genellikle nonspesifik olduğu için tanısı sıklıkla zordur. SPE genellikle sağ kalpten orijin alır ve çoğunlukla genç yaşta görülür. SPE ile ilişkili risk faktörleri intravenöz (İV) ilaç kullanımı, pelvik tromboflebit ve baş-boyunla ilgili süpüratif olaylardır. Koagüle olmuş kanın, damar yatağı boyunca ilerleyerek, mikroorganizmaları içeren çeşitli derecelerde infarktlar ve buna bağlı apse formasyonları oluşturması ile karakterizedir. Prognozu belirleyen en önemli faktörler erken tanı ile birlikte uygun geniş spektrumlu antibiyotik tedavisinin başlanmasıdır (3). Kliniğimizde takip ettiğimiz SPE'si bulunan olgumuzu, klinik bulguları ve bir çok spesifik radyoloji bulguyu taşıması nedeni ile sunuyoruz.

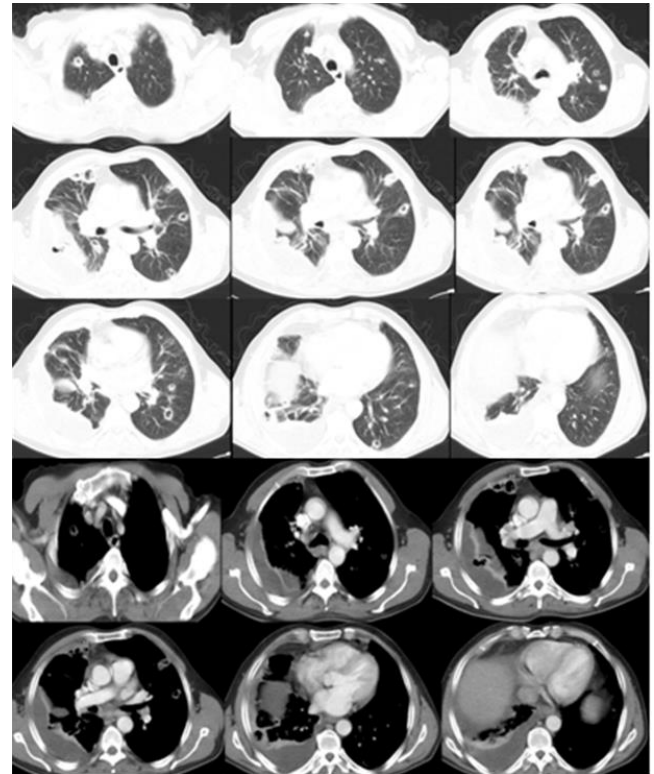
OLGU

Atmış sekiz yaşında erkek hasta, ateş ve göğüs ağrısı şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta plevral efüzyon ve birkaç adet kaviter lezyon görüldü (Şekil 1). Özgeçmişinde 30 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde genel durum iyi, bilinci açık, koopere ve oryante idi. Ateşi 38,8°C, TA: 130/85 mmHg, SS 20/dk idi. Solunum sistemi muayenesinde, sağ akciğer bazalde solunum sesleri azalmış idi. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar değerlerinde; lökosit: 14,4/uL, sedimantasyon: 117 mm/h, CRP: 7,3 mg/L olarak tespit edildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral multipl kaviter lezyonlar ve sağ hemitoraksta plevral efüzyon izlendi (Şekil 2). Balgam yaymasında aside dirençli basil ve serum kist hidatik immünfloresan antikor testi negatif izlendi. Romatoid faktör normal sınırlarda ANCA değerleri negatif olarak sonuçlandı. Ateşli dönemlerinde alınan balgam, kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. İnfektif endokardit açısından kardiyoloji bölümü ile konsülte edildi. Ekokardiografik inceleme normal olarak değerlendirildi. Boyun ultrasonografi normal bulundu. Sağ hemitorakstan yapılan torasentez eksüda vafında idi. Plevral efüzyon kültüründe üreme olmadı. Hastanın ayrıntılı anamnezi alındığında 20 gün önce diş apsisi nedeniyle diş hekimine başvurarak üç gün antibiyotik tedavisi kullandığı öğrenildi. Hastanın anamnezi, diğer olası nedenlerin dışlanması ve radyolojik bulguları ile septik pulmoner emboli tanısı konuldu. Kliniğimizde seftriakson ve metranidazol antibiyotik tedavisi başlandı. Tedavinin 3. günü lökosit: 6,4/uL'ye, CRP 2,22mg/L'ye geriledi. Tedavinin 5. gününde hastanın kliniğinde belirgin düzelme görüldü. Kli-

nik ve radyolojik bulgularında düzelme saptanan hastanın tedavisi üç haftaya tamamlandı. Üç ay sonraki kontrol akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi (Şekil 3).



Şekil 1: Başvuru dönemindeki PA akciğer grafisi.



Şekil 2: Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral multipl kaviter lezyonlar ve sağ hemitoraksta plevral efüzyon.

TARTIŞMA

Septik pulmoner emboli vücuttaki herhangi bir enfeksiyon odağına ikincil olarak gelişen akciğer infiltrasyonları, ateş, göğüs ağrısı, öksürük gibi non spesifik akciğer semptomları ile karakterize bir hastalıktır. Primer enfeksiyon kayna-

ğından hematojen yolla pulmoner arterlere ve akciğerlere ulaşan mikroorganizmalardan kaynaklanır. Nadir görülen bir hastalık olmasından dolayı tanı güçlükleri yaşanabilmektedir. Erken ve agresif antimikrobiyal tedavi başlanmazsa yüksek morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Özellikle immünsupresif hastalarda, mortalitesinin %13,6 gibi yüksek değerlerde olduğunu bildiren çalışmalar vardır (4). Septik pulmoner embolinin klinik özelliklerini belirlemek için yapılan bir çalışmada toplam 168 olgu yeniden incelenmiş ve SPE'nin en sık görülen klinik bulgularının sırası ile ateş, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve öksürük olduğu tespit edilmiş, sonuç olarak, SPE'nin kendine özel klinik bulguları olmayan nadir bir hastalık olduğu bildirilmiştir (5).



Şekil 3: Tedaviden üç ay sonraki akciğer grafisi.

Septik pulmoner emboli nadir görülen, tanısı zor konulan ciddi morbidite ve mortalitesi olan bir hastalıktır. İlaç bağımlılığı, alkolizm, lenfoma, deri enfeksiyonları, konjenital kalp hastalıkları, osteomyelit, mastoidit, hemodializ uygulanan olgulardaki A-V şantlar, karaciğer apsesi, periodontal hastalıklar, toksik şok sendromu, Lemierre sendromu septik emboliye neden olabilen durumlardır (3). Bizim olgumuzda, septik emboli nedeni olarak kısmi tedavi edilmiş (üç günlük oral antibiyoterapi) diş apsesi öyküsü saptandı. Karakteristik olarak septik pulmoner embolinin özelliği ateş, akciğer infiltrasyonu ve bu infiltrasyona neden olacak ekstratorasik enfeksiyon odağı bulunmasıdır. Septik pulmoner embolili olgularda septik ateşe gidiş, dispne, öksürük, plöritik göğüs ağrısı ve ilerleyen dönemde hemoptizi görülür (6). Olgumuzda, ateş, göğüs ağrısı ve gece terlemesi, akciğer grafisinde ve toraks BT'sinde iki taraflı infiltrasyonlar,

kaviter ve nodüler lezyonlar, sağ hemitoraksta plevral efüzyon ve ekstrapulmoner aktif enfeksiyon odağı olarak iltihaplı diş apsisi öyküsü bulunmaktaydı. Septik pulmoner embolide akciğer grafisi yol gösterici olmakla birlikte toraks BT kadar spesifik değildir. Iwasaki ve ark. (7) yaptığı bir çalışmada, toraks BT'de SPE bulgusu olan olguların akciğer grafilerinin % 68'inde SPE ile ilişkili bulguya rastlamamıştır. Bizim olgumuzun akciğer grafisi değerlendirildiğinde SPE'ye spesifik lezyonlar ve buna ek olarak sağ hemitoraksta plevral efüzyon görünümü vardı. Hastamızın toraks BT'sinde bilateral kaviter lezyonlar tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada, SPE'nin en sık görülen toraks BT bulgularının sırası ile periferik nodüller, kama şeklinde periferik lezyonlar, kavitasyonlar ve beslenen damar bulgusu (Feeding vessel sign) olduğunu tespit etmişler ve SPE'nin tanısında toraks BT'nin önemine dikkat çekmişlerdir. Ye ve ark.(5) 168 olgunun tarandığı geniş seride SPE'nin en sık görülen toraks BT bulgularının sırası ile multipl periferik nodüller, kaviteleşmiş nodüller, fokal ya da kama şeklinde infiltrasyonlar ve plevral efüzyon olduğunu bildirmişlerdir. Olgumuzun toraks BT'sinde bilateral multipl kaviter lezyonlar ve sağ hemitoraksta plevral efüzyon bulunması, yüksek sedimantasyon CRP ve ateşlerinin olması ve sekonder enfeksiyon kaynağının tespit edilmesi SPE tanısı koymamızı kolaylaştırmıştır.

Radyolojik bulgular olarak bronkopnömoniye benzeyen infiltrasyonlar, düzensiz sınırlı veya kama şeklinde değişen boyutlarda genellikle periferik yerleşimli dansiteler saptanır. Lezyonlar plevra komşuluğundadır ve damarların sonunda yerleşir. Bu görünüme besleyici damar görünümü adı verilir. Lezyonlar hızla ilerleyerek kavite ve apseleşmeye yol açabilir (3). Akut septik pulmoner emboli masif ise hiler veya mediastinal lenf nodu büyümesi ile birlikte olabilir. Şüpheli olgularda BT yol göstericidir. Değişik evrelerde kavitasyon gösteren nodüller, konsolidasyon alanları, subplevral ve kama şeklindeki opasiteler görülebilir. Aseptik embolilerde de kavitasyon olabilir, fakat kavitasyon görüldüğünde tromboembolik infarkt üzerine bakteriyel enfeksiyonun eklenmiş olabileceği akla gelmelidir (4). Ayırıcı tanıda, tüberküloz, mantar ve gram (-) enfeksiyonlar, paraziter enfeksiyonlar (kist hidatik), metastaz, romatoid artrit ve Wegener granulomatozis düşünülmelidir. Olgumuz olası diğer tanılar açısından da araştırılmış olup bu durumlar dışlanmıştır.

Septik Pulmoner Embolili olgularda triküspit kapakta vejetasyonlar, kapak yetmezliği ve paravalvular apseler görülebilir, bu sebeple bu hastalara ekokardiyografi yapılması gereklidir. Transözefageal ekokardiyografi, küçük vejetasyonların görüntülenmesinde transtorasik ekokardi-

yografiye göre daha üstün bir tetkiktir (7). Olgumuzda transtorasik ekokardiyografi yapılmış ve vejetasyon görülmemiştir.

Tedavide, enfeksiyon kaynağı ortadan kaldırılmalı ve uygun antimikrobiyal tedavi verilmelidir. Bizim olgumuzda, enfeksiyon kaynağı olarak iltihaplı diş apsesi tedavi öyküsü saptadık. Shiota ve ark. (8) dental enfeksiyonlara sekonder gelişen SPE ile ilgili yaptıkları bir araştırmada toplam 9 olguya ulaşmışlar, bunlardan 5'inde periapikal periodontitis 3'ünde gingival apse tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada 9 olgunun 6'sı imipenem/silastatin, vankomisin, klindamisin, siprofloksasin gibi paranteral antibiyotiklerle tedavi edilirken iki olgu amoksisilin, klaritromisin ve oral siprofloksasin gibi oral antibiyotikler ile tedavi edilmiştir. Ortalama hastanede yatış gününü 15 gün olarak bildirmişler, çalışma sonucunda SPE'nin dental enfeksiyonlara sekonder olarak gelişebileceğinin, bu olgularda genelde kan kültürlerinde üremenin olmadığını ve en yaygın semptomun göğüs ağrısı ve dental semptomlar olduğunu bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda da literatürle uyumlu olarak kan kültürlerinde üreme olmayıp ilk başvuru semptomlarından birisi göğüs ağrısı olmuştur. Olgumuza nonspesifik olarak seftriakson ve metranidazol tedavisi başlandı. Tedavinin 3. günü lökosit: 6,4/uL'ye, CRP 2,22mg/L'ye geriledi. Tedavinin 5. gününde lezyonlarda radyolojik olarak regresyon görüldü. Klinik ve radyolojik bulgularında regresyon saptanan hastanın tedavisi üç haftaya tamamlandı. Üç haftalık tedavi sonrası çekilen toraks BT de parankimdeki lezyonlarda ve sağ hemitoraksdaki plevral efüzyonda belirgin gerileme görüldü. Nonspesifik antibiyotik tedavisi ile hızlı klinik ve radyolojik düzelme sağlandı.

Sonuç olarak, akciğer grafisinde iki taraflı periferik infiltrasyonlar ve toraks BT'de çoğunlukla subplevral yerleşimli multipl kaviter nodüller görülen olgularda ayırıcı tanıda septik pulmoner emboli de düşünülmelidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - M.S., A.B., S.S.U., E.G., S.D., M.Ü.; Tasarım ve Dizayn - M.S., A.B., S.S.U., E.G., S.D., M.Ü.; Denetleme - M.S., A.B., S.S.U., E.G., S.D., M.Ü.; Kaynaklar - M.S., A.B., S.S.U., E.G., S.D., M.Ü.; Malzemeler - M.S.; Veri Toplama ve/veya İşleme - S.D.; Analiz ve/veya Yorum - M.S.; Literatür Taraması - S.S.U.; Yazıyı Yazan - A.B.; Eleştirel İnceleme - E.G.

KAYNAKLAR

1. Rossi SE, Goodman PC, Franquet T. Nonthrombotic pulmonary emboli. *AJR Am J Roentgenol* 2000; 174:1499-508. [\[CrossRef\]](#)
2. King MB, Harmon KR. Unusual forms of pulmonary embolism. *Clin Chest Med* 1994; 15:561-80.
3. Jorens PG, Van Marck E, Snoeckx A, Parizel PM. Nonthrombotic pulmonary embolism. *Eur Respir J* 2009; 34:452-74. [\[CrossRef\]](#)
4. Cook RJ, Ashton RW, Aughenbaugh GL, Ryu JH. Septic pulmonary embolism: presenting feature sand clinical course of 14 patients. *Chest* 2005;128:162-6. [\[CrossRef\]](#)
5. Ye R, Zhao L, Wang C, Wu X, Yan H. Clinical characteristics of septic pulmonary embolism in adults: a systematic review. *Respir Med* 2014; 108:1-8. [\[CrossRef\]](#)
6. Fedullo PF. Pulmonary thrombo embolism. In: Murray JF, Nadel JA, editors. *Textbook of respiratory medicine*. 3rd ed. W.B. SaundersCompany; 2000: 1503-31.
7. Iwasaki Y1, Nagata K, Nakanishi M, Natuhara A, Harada H, Kubota Y, et al. Spiral CT findings in septic pulmonary emboli. *Eur J Radiol*. 2001; 37:190-4. [\[CrossRef\]](#)
8. Shiota Y, Taniguchi A, Yuzurio S, Horita N, Hosokawa S, Watanabe Y, et al. Septic pulmonary embolism induced by dental infection. *Acta Med Okayama*. 2013; 67; 253-8.