

**NADİR GÖRÜLEN BİR PÜRÜLAN
PERİKARDİT VAKASI :
PYOPNÖMOPERİKARDİT**

Dr. Bilgin TİMURALP*

Dr. Cemal LÜLECİ**

Dr. Ö. Faruk GÜNGÖR***

Ö Z E T

Diabetik orta yaşlı bir erkekte mevcut akciğer apsesi kısa bir sürede komşuluk yolu ile perikarda açıldı. Çekilen akciğer grafisinde hidroaerik seviye tesbit edildi. Antibiyotik tedavisi ile akciğer absesi düzeldiği halde meydana gelen pyopnömoperikardit kalp tamponadına sebep oldu. Çeşitli perikardiosentezlere rağmen sıvı birikimi devam ettiği için, kapalı su altı drenajına alındı. Perikardit salah bulduğu halde sağ tarafta hastane enfeksiyonu sebebi ile plevral ampiyem ve tekrar akciğer enfeksiyonu meydana geldi.

GİRİŞ :

Antibiyotiklerin kullanılmadığı dönemde pürülan perikardit vakaları sık görülmekte idi. Antibiyotiklerin keşfinden sonra bunların sayısı gittikçe azalmış, hemen hemen nadir görülen hastalıklar olarak kabul edilmeye başlanmıştır (1).

Penisilinin keşfinden önce, pürülan perikardit vakalarından izole edilen etiyolojik ajan umumiyetle *Diplococcus Pneumonia* olduğu halde, halen bilhassa hastane enfeksiyonları içinde en sık rastlanan ajan stafilokok ya da gram (—) bakteriler olmaktadır.

(*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kürsüsü Doçenti.

(**) Aynı Kürsü Uzmanı.

(***) Aynı Kürsü Asistanı.

Perikartta pürülen sıvı birikmesinin en önemli nedeni komşu organların enfeksiyonlarıdır (2). Akciğer, bronş, özofagus, karaciğer bazen de nadiren mide gibi organların travmaları neticesinde sık olarak pürülen perikardit gelişir. İçi boş organlar arasında en sık fistüle sebep olan özofagustur. Travmatik pürülen perikarditler içinde özofagoperikardiyal fistüller birinci sırada yer almaktadır. İçi boş organların perikarda fistülize olmalarının bir diğer özelliği de içlerindeki havanın fistül deliği yolu ile perikardiyal boşluğa geçerek hidropnömoperikardium ya da pyopnömoperikardiuma sebep olmalarıdır (3).

Diabetes mellitus, sol akciğer apsesi ve hastanede yattığı süre içinde pyopnömoperikardit tesbit ettiğimiz bir vak'anın izlenim sonuçlarını, ender görülmesi nedeni ile sunmayı gerekli gördük.

VAKA TAKDİMİ :

Öksürük, balgam, ateş şikâyetleri ile 1.2.1975 tarihinde müracaat eden 33 yaşındaki erkek hasta (1572/1569-146), 4 seneden beri diabetes mellitus tanısı ile tedavi ediliyordu. Birkaç haftadan beri yukardaki şikâyetleri dolayısı ile çeşitli antibiotik kullanmış. Fizik muayenesinde: Ateş 39.5°C, nabız: 136/dk., pulsus alternans mevcut, T.A.: 110

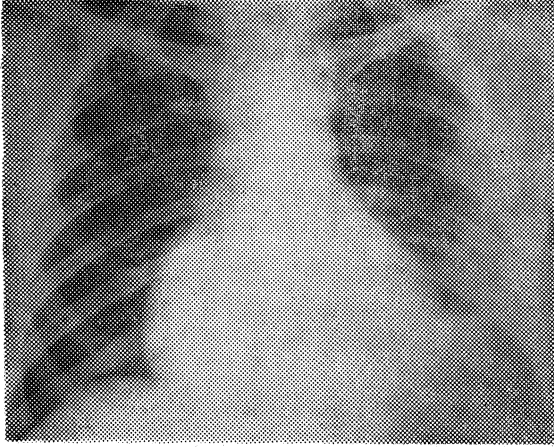
/70 mmHg., genel durum bozuk, sol ön 4. interkostal aralıkta sufl tuber duyuluyor ve kalp sesleri nisbeten derinden geliyor. Hematolojik tetkiklerinde: Sedim yüksekliği ve lökositoz tesbit edildi. Biyokimyasal tetkiklerde: Hiponatremi, hipoproteini ve hipergliesmi bulundu. Çekilen akciğer grafisinde hidroaerik seviyeli apse ve kardiomegali dikkati çekiyordu. EKG de genel voltaj düşüklüğü, ST ve T dalgalarında nonspesifik değişiklik tesbit edildi. Hastaya antibiotik, ekspektoran, analjezik, vitamin ve kristalize insülin tatbikine başlandı. Bir kaç gün içinde ateş düştü, balgam azaldı, fakat venöz dolgunluk meydana geldi ve dispne arttı. Çekilen akciğer grafisinde kalbin çok büyüdüğü, perikard boşluğunda hidroaerik seviyenin mevcut olduğu dikkati çekti. Yapılan perikard ponksiyonundan önce tazyikli hava, sonra da rahat geldi. Bu materyelden yapılan kültürde, balgam kültüründe olduğu gibi Aerobacter Aerogenese üredi Garamycin ve Bactrime başladı. Antibiotik tedavisine rağmen 6 gün sonra tekrar tamponad belirtileri ortaya çıktı. Yapılan perikordiosentezde 500 cc pürülen sıvı elde edildi.

Bu ponksiyon materyelinden de yine Aerobacter Aerogenese üredi. Çekilen akciğer grafisinde kalbin çok küçüldüğü,

fakat hâlâ perikart boşluğunda hidroaerik seviyenin mevcut olduğu dikkati çekti. 12.2.1975 tarihinde dispnenin devamı üzerine, Intracath polietilen kateteri perikart boşluğuna yerleştirildi ve su altı drenajına başlandı. Bir kaç gün içinde kalp normal sınırlarına geldi, hasta 10 kilo aldı. Buna karşılık, sağ plevra boşluğunda sıvı tesbit edildi. Ponksiyondan elde edilen ampi-

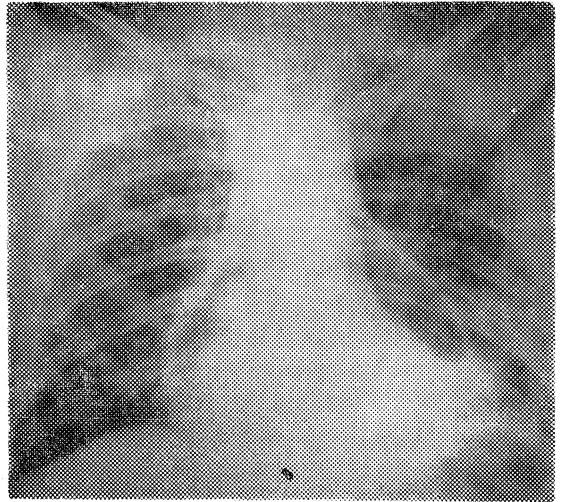
yem sıvısında psödomonas tesbit edildi. Plevra boşluğuna tüp konuldu. Bir kaç gün sonra sıvının altından kalın cidarlı bir akciğer apsesi ortaya çıktı.

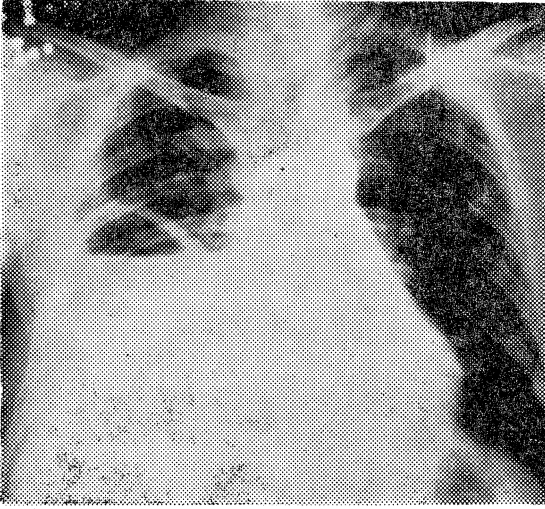
Hastanın daha sonraki günlerinde durumunda bir değişiklik olmadı. Akciğer apsесinin takibi ve perikardiektomi için göğüs cerrahisine yollandı. (Resim 1-5).



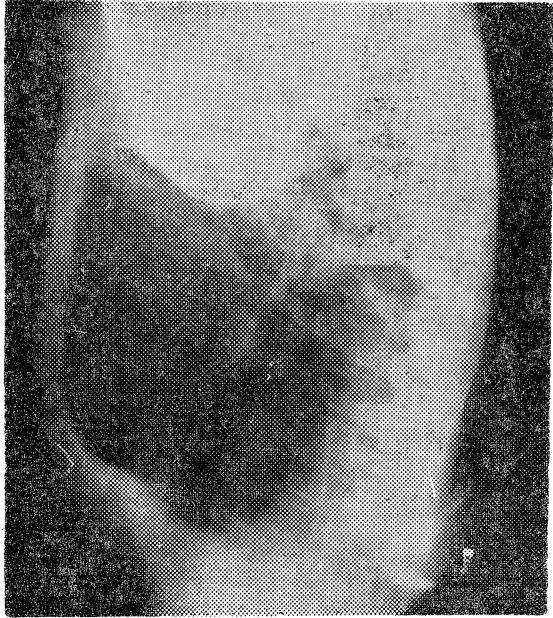
1 — Resim : Hastanın yatdığı zaman çekilen bu tele-sinde; sol akciğer kalp apeksine yakın bölgede hidroaerik seviyeli büyük akciğer apsесi, kalpte perikardit görünümü belirlidir.

2 — Resim : Birinci film-den birkaç gün sonra çekilen bu grafide hidro-aerik seviyeli perikart sıvısı, gergin perikart ve akciğer apsесi görülmektedir.

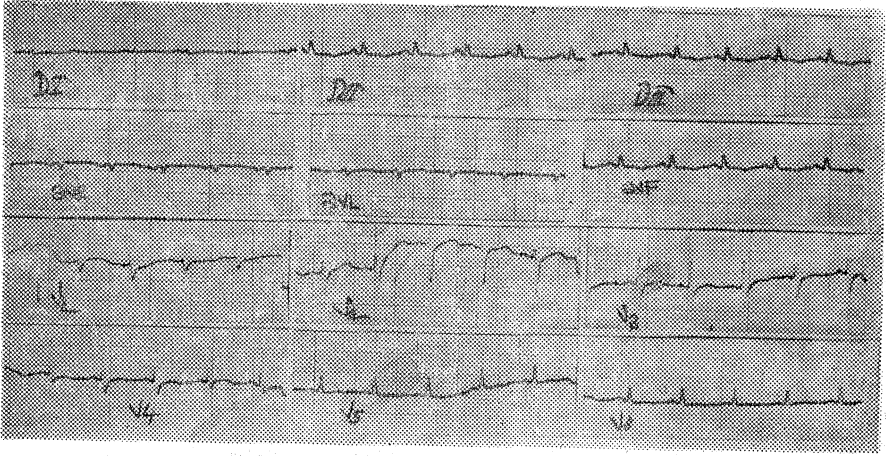




3 — Resim : Bir ay sonraki bu grafide akciğer apsesinin tamamen silindiği, fakat sağ akciğerde kalın ciğerli apse dikkati çekmekte.



4 — Resim : 3. Resimde görülen apsenin arkada lokalize olduğu, önde plevra ampiyemi için konan tüpün varlığı bu sağ yan akciğer grafisinde görülmektedir.



5 — Resim : Hastanın yattığı gün çekilen bu EKG'de; genel voltaj düşüklüğü ve ST ve T dalgalarındaki değişiklikler görülmektedir.

TARTIŞMA

Antibiotiklerin kullanılmaya başlanmasından sonra pürülan perikardit vakaları eskiye oranla fevkalâde azaldığı halde diabetes, immunolojik bozukluk yapan hastalıklar ve süperenfeksiyonlar nedeni ile kliniklerimizde tekrar görülmeye başlanmıştır. Bilhassa septik tabloların hakim olduğu, ya da ağır akciğer enfeksiyonlarının bulunduğu hastalarda muhtemelen bronşial arterler yolu ile perikardiyal sirkülasyona karışan bakterilerin yaptığı pürülan perikardit gözden kaçmaktadır. Bu vakalarda hafif kardiomegali ve ehemmiyetsiz görülen EKG değişiklikleri dışında bulguya pek rastlanmamaktadır (4). Hastalığın ciddiyetine rağmen genellikle primer hastalığın bulgusu ön plana çıkmakta ve perikardit

tanısı gecikmektedir. Ayrıca atipik ve alışılmamış enfeksiyon ajanlarının etyolojide rol oynaması tanı güçlüğüne sebep olmaktadır. (5,6,7,8,9). Vakamızda da aynı şekilde önce akciğerde tesbit edilen apseye ilgi gösterilmiş, fakat mevcut kardiomegali ve EKG değişiklikleri bir kaç gün için gözden kaçmıştır. Nitekim yapılan perikardiosentez neticesi tamponadın ortadan kaldırılması ile genel durumun birden bire düzelmesi, perikarditin hastayı ne denli güç duruma soktuğunu ortaya çıkarmıştır.

Hastada mevcut perikard sıvısı ve tazyikli havanın bir diğer etkisi de sol ana bronş üzerine olsa gerektir. Sol akciğerdeki apsenin drenaj bronşu muhtemelen perikarditin yaptığı tazyikle anatomik değişikliğe uğramaktadır. Literatürde sol ana

bronşun tıkanmasına sebep olan pürülan perikardit vakaları bildirildiği için, biz bu etkinin ciddi olduğuna inanmaktayız (10).

Takip esnasında pürülan perikardit ve sol akciğer apsesinin düzelmesine rağmen sol plevra boşluğunda ampiyem ve sağ akciğer apsesinin teşekkülü bizi şaşırttı. Burdan elde edilen kültürlerde psödomonasın üretilmesi bunun bir hastane enfeksiyonu olduğunu düşündürdü.

Havanın perikard boşluğunda dışardan herhangi bir travma yada tıbbi-cerrahi müdahale olmadan toplanmış olması çok ender görülen bir durumdur. Genellikle özofagus yabancı cisimleri özofago-perikardiyal fistüle sebep olarak, yutulan maddelerin hava ile beraber perikard boşluğuna geçtikleri ve pyopnömorekardit yaptıkları bilinmektedir. 1974 senesine kadar İngiliz dili literatüründe bu tip vak'a sayısının 23 olduğu bildirilmektedir (2). Bronşlar ya da akciğer apsesi yolu ile pyopnömorekardit vakasına son 5 senelik literatürde raslamamış olmakla beraber, çok nadir durumlarda meydana gelebileceğini zannediyoruz. Vakamızda perikard boşluğunda hava tesbit ettiğimiz zaman iki durum aklımıza geldi; Perikard boşluğunda subablı pnömorekardlarda olduğu gibi hava giriyor, fakat çıkamadığı için içeride kalarak basıncı artırıyordu. Buna ait bir delil de, grafilerde

hava seviyesindeki perikard yapraklarının balon gibi gergin görülmektedir. Perikard boşluğunda hava tesbit edilmesinin ikinci olanağı da C. Welchii'nin üremiş olmasıdır. Küçük bir ihtimal olmakla beraber, vakamızda bunu da düşünerek son perikard ponksiyonundan sonra perikard boşluğu oksijenli su ile yıkandı.

Su altı kapalı drenajı ile perikardit salah bulurken, akciğer apsesinin de iyileşmesi ve akciğer apsesi iyileştikten sonra bir daha perikard boşluğunda havanın tesbit edilmemesi, pyopnömorekardit sebebinin komşu apse olduğu kanaatimizi kuvvetlendirdi. Bu ihtimali ispatlamak için bronş yolu ile apse boşluğuna verilecek olan renkli bir maddenin (blue de methylen) drenaj tüpünden elde edilmesi düşünüldü ise de hastanın genel durumu böyle bir işleme müsait değildi.

Pürülan perikarditlerin prognozunun antibiotik tedavileri ile çok iyi olması gerekirken, genellikle esas hastalığın ciddiyeti neticeyi tayin etmektedir. Her ne kadar antibiotik ve basit cerrahi drenajla salah elde edilebilirse de, müteakiben meydana gelen konstrikسیون oldukça fazladır. Halen kapalı drenaj mı? yoksa cerrahi drenaj mı? gereklidir sorunu tam olarak çözülmemiştir. Bu hususta çeşitli teknikler tavsiye edilmektedir:

a. Subksifoid eksrapéritoneal, ekstraplevral drenaj,

b. Basit interkostal insizyonla perikardiostomi ya da iki veya daha fazla kostanın çıkarılmasından sonra kesilen perikardın deriye dikilmesi,

c. Perikardın pencere şeklinde çıkarılması ya da geniş bir perikardiektomiden sonda sol pleural saha yolu ile drenaj (11).

Basit ponksiyon drenajı ile, bazen sıvının lokalizasyonu kolayısı ile başarısız kalınabilir (12) Akut pürülan perikarditte sonuç olarak konstriksiyonun sık olduğunu düşünen araştırmacılar, tıbbi tedavinin çok acil olarak yapılarak, erkenden perikardiektomi yapılmasını tavsiye etmektedirler (6,7,19).

Akciğer apsesinden direk komşuluk yolu ile perikart boşluğuna infeksiyonun ve havanın girdiği bu pek ender görülen pyopönomoperikardit vakası şanssız bir seyir takip etti. Primer infeksiyonun ve pyopnömo-perikarditin tıbbi ve cerrahi drenaj ile tedavisine rağmen sağ hemitoraksta ortaya çıkan akciğer apsesi ve ampiyem, bu gibi vakalarda erken ve çok ciddi bir tedavinin şart olduğunu gösterdi.

KAYNAKLAR

1. Evans, E. Introduction to symposium on pericarditis, Amer. J. Cardiol., 7:1, 1961.

2. Bozer, Y., Saylam, E., Ersoy, Ü.: Purulent pericarditis due to perforation of esophagus with foreign body. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 67:590, 1974.

3. Dons, N., Eriksen, K.R., Ryssing, E., Therkelsen, F.: Pyopneumopericardium with oesophagopericardial fistula: Report of a case with recovery. Acta Chir. Scand., 128:760, 1964.

4. Kauffman, C.A., Watanakunakorn, C., Phair, J.P.: Purulent pneumococcal pericarditis, a continuing problem in the antibiotic era. Am. J. Med., 54:743, 1973.

5. Schatz, J. W., Wiener, L., Gallagher, H.S., Eberly, R.J.: Salmonella pericarditis: An unusual complication of myocardial infarction. Chest, 64:267, 1973.

6. Herman, R.A., Rubin, H.A.: Meningococcal pericarditis without meningitis presenting as tamponade. N. Eng. J. Med., 290:143, 1974.

7. Manesilaen, T., Sueblivong, V., Sanidvongs, D.: Management of staphylococcal pericarditis. J. Med. Ass. Thailand., 56:250, 1973.

8. Crossley, K., Bigos, T., Joffe, C.V.: Hemophilus influenzae pericarditis. A report of

two cases in adults with a summary of the literature. *Am. Heart J.*: 85:246, 1973.

9. Watson, R.B., Steel, R.K., Spiegel, T.M.: Amebic pericarditis consequent to amebic abscess of right lobe of the liver. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 21: 889, 1972.
10. Donahoo, J.S., Galvis, A.G.: Left main-stem bronchus obstruction secondary to purulent pericarditis. *J. Pediatr. Surg.*, 8:965, 1973.
11. Sympas, P.N., Ware, R.E., Dorio, D.A., Matcher, C.R.: Purulent pericarditis: A review of diagnostic and surgical principles. *South. Med. J.*, 65:46, 1974.
12. Sethi, G.K., Nelson, R.N., Jerson, C.B.: Surgical management of acute septic pericarditis. *Chest*, 63:732, 1973

S U M M A R Y

A Rare Case of the Purulent Pericarditis : Pyopneumopericardium.

A middle aged- male with known diabetes mellitus had lung abscess. After a few day this lung abscess drained to the pericardial sac by direct extension. The chest roentgenogram showed a hydro-aeric level in the pericardial sac. Although, symptoms of lung abscess was relieved immediately after treatment by antibiotics, signs of cardiac tamponade was developed, because of the pyopneumopericardium. Pericardiocentesis was performed several time, but purulent pericardial fluid in distended pericardial sac recurred, therefore pericardial cavity was surgically drained. After resolving of pyopneumopericardium, secondary involvement of the right lung and plevra by hospital infection occurred.