

# ABSCEDUJÚCA BRONCHOPNEUMÓNIA – KAZUISTIKA

Jihad Farah, Ružena Tkáčová, Andrej Somoš

Klinika pneumológie a ftizeológie FN L. Pasteura, Košice

34-ročný pacient poukázaný pneumoftizeológom na hospitalizáciu na našu kliniku pre neúspech ambulantnej liečby. V popredí klinického obrazu pri prijatí celková slabosť, febrilita do 40 °C, bolesti na ľavej strane hrudníka, kašeľ s expektoráciou s prímiesou krvi. V RTG obraze prítomné v pravom dolnom pľúcnom poli parakardiálne okrúhle tieň a v ľavom dolnom pľúcnom poli pleurálne zatienenenie, ktoré vyplňuje vonkajší uhol. Po aplikácii dvojkombinácie ATB (cefalosporín III. generácie + chinolón) došlo k ústupu subjektívnych ťažkostí. Kontrolná RTG PA snímka hrudníka dokumentuje progresiu nálezu bilaterálne. Vykonaná torakotómia, biopsia pľúc vľavo so záverom: Ide o fibrózne hnisavú a ložiskovito abscedujúcu pneumóniu aj so známami počínajúcej organizácie. Po aplikácii ATB, antimykotík a komplexnej liečby došlo k ústupu teplôt, laboratórnej zápalovej aktivity a na kontrolnej RTG PA snímke hrudníka došlo k podstatnej regresii popisovaného zatienenenia obojstranne.

**Kľúčové slová:** pneumónia bakteriálna – terapia, absces, infekcie – terapia, kazuistika (publikačný typ).

Via pract., 2008, roč. 5 (2): 90–92

## Úvod

Pľúcny absces je dutina vytvorená v hnisavom zápalovom ložisku následkom kolikvačnej nekrózy pľúcneho tkaniva. Takmer všetky pyogénne mikroorganizmy môžu zapríčiniť pľúcny absces, najčastejšie sú pôvodcami v komunite získaných pľúcnych abscesov anaeróbne baktérie. Aj stafylokoky, streptokoky a aeróbne gramnegatívne mikróby môžu byť etiologickým agensom. Absces je zvyčajne vyvolaný súčasným výskytom viacerých typov mikróbov v postihnutom parenchýme. Aspirácia je najčastejší mechanizmus vzniku, najmä u pacientov s anamnézou hltacích porúch a vedomia.

## Klinické prejavy

Pľúcny absces sa väčšinou objavuje u pacientov s nádorovými ochoreniami, podvýživou a pneumóniou. U pacientov sa vyvinie pleurálna bolesť na hrudníku a hemoptýza. Objem produkovaného krvavého spúta je zvýšený, spútum nepríjemne zapácha. Objavujú sa horúčky, nočné potenie, dýchavičnosť. Najčastejšou komplikáciou je empyém.

## Manažment

Vhodná antibiotická liečba (prvotná voľba býva: klindamycín, cefoxitín, tikarcilín, piperacilín/tazobactam, penicilín). Pri zlyhaní ATB liečby: perkutánna aspirácia. Pre abscesy s diametrom väčším ako 5 cm – otvorená drenáž.

## Kazuistika

### Prvá hospitalizácia

#### Anamnéza:

**RA:** bez pozoruhodností.

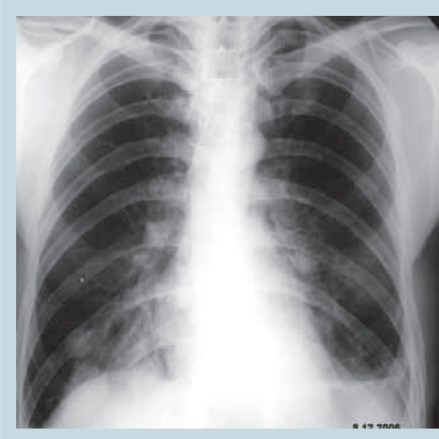
**OA:** vážnejšie ochorenia neudáva.

**LA:** užíva 4. deň Doxycyklin, iné lieky pravidelne neužíva.

**AA:** alergiu na lieky a potraviny neudáva.

**SA:** vedúci baletu divadla, fajčí cca 4 cigarety denne 16 rokov.

Obrázok 1. RTG PA snímka realizovaná 8. 12. 2006.



34-ročný pacient poukázaný pneumoftizeológom na hospitalizáciu na našu kliniku pre neúspech ambulantnej liečby. V popredí klinického obrazu pri prijatí pozorovaná celková slabosť, febrilita do 40 °C, bolesti na ľavej strane hrudníka, kašeľ s expektoráciou s prímiesou krvi. Auskultačný nález na pľúcach pri prijatí, dýchanie vezikulárne, vľavo bazálne oslabené a vpravo bazálne ojedinelé rachoty.

V pomocnom laboratórnom skríningu zisťujeme trojcifernú sedimentáciu, leukocytózu a zvýšené hodnoty CRP, hypoproteinémiu, eleváciu hodnôt hepatálnych testov. Kontrolná RTG PA snímka hrudníka (obrázok 1) dokumentuje v pravom dolnom pľúcnom poli parakardiálne splyvajúce pruhovité škvrnitie tieň a okrúhle tieň najmä v pravom dolnom pľúcnom poli nad vnútorným uhlom. V ľavom dolnom pľúcnom poli prítomné pleurálne zatienenenie, ktoré vyplňuje vonkajší uhol, kontúra ľavej bránice sa nedá diferencovať, srdce je nezväčšené.

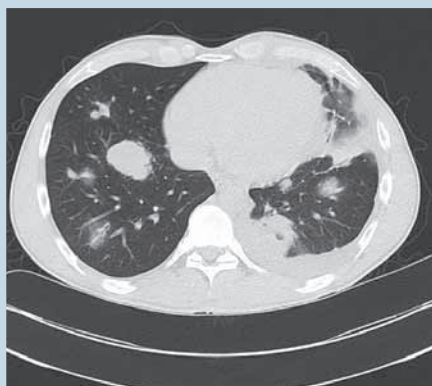
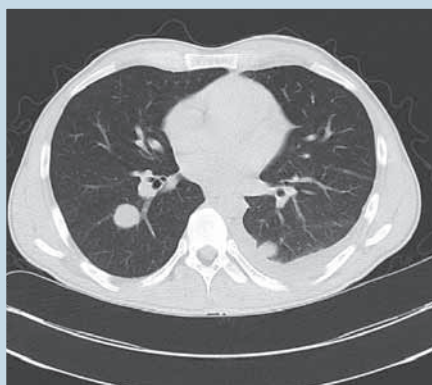
Nasadená dvojkombinácia ATB (cefalosporín III. generácie + chinolón). Kontrolná RTG PA snímka dokumentuje progresiu nálezu bilaterálne (obrázok 2). Pleurálne zatienenie vľavo sýtejšie a väčšieho rozsahu, lepšie sa ozrejmlí okrúhle tieň v oboch stredných pľúcnych poliach para-

Obrázok 2. RTG PA snímka realizovaná 13. 12. 2006.



hilárne. Vzhľadom na progresiu RTG nálezu sme nasadili Klindamycín podľa kultivačného vyšetrenia spúta na nešpecifickú flóru. Realizované RTG PA snímky hrudníka, FBS a ďalšie laboratórne a pomocné konziliárne vyšetrenia (gastroskopické, kolonoskopické, interné, imunologické, urologické vyšetrenia, ECHOKG, USG abdomenu). Vykonané CT vyšetrenie pľúc, mediastína so záverom (obrázok 3): V oboch pľúcnych krídlach sa zobrazujú oválne, okrúhle ložiská nodulárneho charakteru, ostro ohraničené. Obdobné ložisko bolo pozorované i vľavo v dolnom pľúcnom poli 2,8 x 1,8 cm. Vzhľadom na anamnézu i klinické príznaky – dif. dg.: ct. známky pneumónie s abscedujúcimi ložiskami, metastatické ložiská – menší predpoklad, granulomatózný zápalový proces, u ložiska vľavo dorzomed. lokalizovaného nemožno vylúčiť event. tumorózne zmeny. Po aplikácii ATB a komplexnej liečby došlo k ústupu subjektívnych ťažkostí a k poklesu laboratórnej zápalovej aktivity (FW: 80/100... 68/80, Leu: 12,76... 7,08 x 10<sup>9</sup>, CRP: 203... 49,4... 11,42 mg/l). Pacienta prekladáme na II. chirurgickú kliniku s diagnózami: Bronchopneumónia bilat. s pleurálnou reakciou vľavo. Biopsia za účelom upresnenia, eventuálne verifikácie diagnózy.

Obrázok 3. CT nález pľúc a mediastína.



Obrázok 4. RTG PA snímka hrudníka realizovaná 21. 12. 2006.



### Hospitalizácia na II. chirurgickej klinike

Vykonalá torakotómia, biopsia pľúc vľavo, dreň. RTG PA snímka hrudníka z tejto hospitalizácie je na obrázku 4.

### Druhá hospitalizácia na našej klinike

Pacient opakovane hospitalizovaný na našej klinike. T. č. prijatý pre suchý, dráždivý, dusivý kašeľ, krv nevykašľava, ťažko sa mu dýcha po námahe, horúčky celý týždeň do 40 °C, udáva pichavé bolesti s maximom na pravej strane hrudníka, pri kašli a pohybe.

Auskultačný nález na pľúcach pri prijatí, dýchanie vezikulárne, vpravo bazálne a nad bázou oslabené až

Obrázok 5. RTG PA snímka realizovaná 4. 1. 2007.



nepočítateľné. V pomocnom laboratórnom skríningu zisťujeme trojicfernú sedimentáciu, leukocytózu a zvýšené hodnoty CRP. Nasadená dvojkombinácia ATB (Klimicin, Gentamicin) v kombinácii s Entizolom. Po obdržaní histologického výsledku so záverom: ide o fibrózne hnisavú a ložiskovito abscedujúcu pneumóniu; pokračovali sme v ATB liečbe (Cefotaxim, Medociprin) podľa citlivosti. Realizované: RTG PA snímka hrudníka (obrázok 5), ktorá dokumentuje v pravom dolnom a strednom pľúcnom poli homogénne zatienenie do výšky 3. rebra ventrálne, fibrobronchoskopické vyšetrenie a ďalšie laboratórne a pomocné konziliárne vyšetrenia. Po aplikácii ATB, antimykotík a komplexnej liečby došlo k ústupu teplôt, laboratórnej zápalovej aktivity a na kontrolnej RTG PA snímke hrudníka z 25. 4. 2007 došlo k podstatnej regresii homogénneho zatienenia, v pravom dolnom pľúcnom poli pretrvávajúce splyvajúce pruhovité tieňe, bránice sú plochšie, vonkajšie uhly tupšie (obrázok 6). Došlo k podstatnej regresii popisova-

Obrázok 6. RTG PA snímka z 25. 4. 2007 (dolu) oproti RTG PA snímke z 8. 12. 2006 (hore).



ného zatienenia obojstranne. V dobrom klinickom stave pacienta prepúšťame do ambulantnej starostlivosti.

### MUDr. Jihad Farah

Klinika pneumológie a ftizeológie FN L. Pasteura  
Rastislavova 43, 040 01 Košice  
e-mail: jfarah08@gmail.com

### Literatúra:

1. Heffner JE. Infections of the pleural space. *Clin Chest Med* 1999; 20: 607–622.
2. Anstadt MP, Guill CK, Ferguson ER et al. Surgical versus nonsurgical treatment of empyema thoracis: an outcomes analysis. *Am J Med Sci* 2003 Jul; 326 (1): 9–14.
3. Bartlett JG. Anaerobic bacterial infections of the lung. *Chest* 1987 Jun; 91(6): 901–909.
4. Bartlett JG. Anaerobic bacterial infections of the lung and pleural space. *Clin Infect Dis* 1993 Jun; 16 Suppl 4: S248–255.
5. Benjamin GC. Aspiration pneumonia, lung abscess and empyema. *Emerg Med* 1992; 276–278.
6. Cameron R, Davies HR. Intra-pleural fibrinolytic therapy versus conservative management in the treatment of parapneumonic effusions and empyema. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD002312.
7. Chin NK, Lim TK. Controlled trial of intrapleural streptokinase in the treatment of pleural empyema and complicated parapneumonic effusions. *Chest* 1997 Feb; 111(2): 275–279.
8. Coote N. Surgical versus non-surgical management of pleural empyema. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD001956.
9. Cowen ME, Johnston MR. Thoracic empyema: causes, diagnosis, and treatment. *Compr Ther* 1990 Oct; 16 (10): 40–45.
10. Houston MC. Pleural fluid pH: diagnostic, therapeutic, and prognostic value. *Am J Surg* 1987 Sep; 154 (3): 333–337.
11. Huang HC, Chang HY, Chen CW, et al: Predicting factors for outcome of tube thoracostomy in complicated parapneumonic effusion for empyema. *Chest* 1999 Mar; 115 (3): 751–756.
12. Hughes CE, Van Scoy RE. Antibiotic therapy of pleural empyema. *Semin Respir Infect* 1991 Jun; 6 (2): 94–102.
13. Light RW. Pleural diseases. *Dis Mon* 1992 May; 38 (5): 261–331.
14. Miller KS, Sahn SA. Chest tubes. Indications, technique, management and complications. *Chest* 1987 Feb; 91 (2): 258–64.
15. Pennza PT. Aspiration pneumonia, necrotizing pneumonia, and lung abscess. *Emerg Med Clin North Am* 1989 May; 7 (2): 279–307.
16. Petrakis IE, Kogerakis NE, Drositis IE, et al: Video-assisted thoracoscopic surgery for thoracic empyema: primarily, or after fibrinolytic therapy failure? *Am J Surg* 2004 Apr; 187 (4): 471–474.
17. Porcel JM, Vives M, Esquerda A. Tumor necrosis factor-alpha in pleural fluid: a marker of complicated parapneumonic effusions. *Chest* 2004 Jan; 125 (1): 160–164.
18. Richardson JD, Carrillo E. Thoracic infection after trauma. *Chest Surg Clin N Am* 1997 May; 7(2): 401–427.
19. Sanford JP, Gilbert DN, Moellering RC: *Guide to Antimicrobial Therapy*. 2004: 28–29.
20. Schultz KD, Fan LL, Pinsky J et al. The changing face of pleural empyemas in children: epidemiology and management. *Pediatrics* 2004 Jun; 113 (6): 1735–40.
21. Thomson AH, Hull J, Kumar MR et al. Randomised trial of intrapleural urokinase in the treatment of childhood empyema. *Thorax* 2002 Apr; 57(4): 343–347.
22. Wiedemann HP, Rice TW. Lung abscess and empyema. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1995 Apr; 7 (2): 119–128.