



# TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİ (ERİŞKİN)

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Toplum kökenli pnömoni, toplum içindeki günlük yaşam sırasında ortaya çıkan akciğer parankimi enfeksiyonudur. Ölüm oranı, hafif pnömonili hastalarda %1-5 iken ağır hastalarda %25'lere ulaşır.

### Tanı

#### Semptomlar

Ateş, öksürük, balgam çıkarma, yan ağrısı, nefes darlığı.

#### Fizik muayene

Bronşiyal solunum sesi ve/veya ince rallerin duyulması

#### Akciğer grafisi

Akciğer grafisinde parankimal infiltrasyon görülmesi

### Klinik yaklaşım

	Tipik Pnömoni	Atipik Pnömoni
Klinik bulgular	Akut başlangıç, titreme ile yükselen ateş, öksürük, pürülan balgam, yan ağrısı	Subakut başlangıç, hafif ateş, halsizlik, bilinç bulanıklığı, baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal, kuru öksürük veya mukoid balgam
Fizik muayene	Konsolidasyon bulguları (perküyonda matite ve dinlemekle bronşiyal solunum sesi ve/veya yaygın ince raller)	Genellikle fizik muayene bulguları ile radyolojik bulgular arasında uyumsuzluk saptanır.
Laboratuvar bulguları	Lökositöz Balgam Gram boyamasında preparatta nötrofil ve gram pozitif diplokok hakimiyeti	Balgamın Gram boyamasında preparatta nötrofil görülmesi, bunun yanında bakteri görülebilmesi
Posteroanterior akciğer grafisi	Lober tutulum	Nonlobar ve/veya lobar tutulum

### Ayırıcı tanı

- Akut bronşit
- Tüberküloz
- Kalp yetersizliği
- Akciğer kanseri

Herhangi bir kronik hastalığı olmayan pnömonili hastalar, sevk gerektiren durumlar dışında, birinci basamakta tedavi edilir.

## Sevk

Risk faktörleri*	Fizik muayene*	Laboratuvar*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 yaşın üstünde olmak</li> <li>• Eşlik eden hastalıklar               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı</li> <li>- Bronşektazi</li> <li>- Kistik fibroz</li> <li>- Diabet mellitus</li> <li>- Kronik böbrek yetmezliği</li> <li>- Konjestif kalp yetmezliği</li> <li>- Kronik karaciğer hastalığı</li> </ul> </li> <li>• Son 1 yıl içinde pnömoni tanısıyla hastaneye yatış</li> <li>• Aspirasyon şüphesi</li> <li>• Postsplenektomi</li> <li>• Alkolizm</li> <li>• Malnütrisyon</li> <li>• Antibiyotik tedavisine 3 günde cevapsızlık</li> <li>• Bakım eksikliği (evsiz veya yalnız yaşamak, fiziksel ve mental özürü olmak)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solunum sayısı &gt; 30/dakika</li> <li>• Kan basıncı               <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistolik &lt; 90 mmHg</li> <li>Diastolik &lt; 60 mmHg</li> </ul> </li> <li>• Ateş &lt; 35°C veya &gt; 40°C (aksiller)</li> <li>• Ekstrapulmoner hastalık (menenjit, artrit)</li> <li>• Bilinç değişikliği</li> <li>• Siyanoz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beyaz küre sayısı &lt;4.000 /mm<sup>3</sup> veya &gt;30.000/mm<sup>3</sup></li> <li>• Hematokrit &lt; %30 veya Hemoglobin &lt;9 g/dl</li> <li>• Akciğer grafisinde multilober tutulum, kavite, plevral sıvı birikimi, lezyonlarda hızlı ilerleme</li> </ul>

\* Risk faktörleri, fizik muayene ve laboratuvar bulgularından herhangi birini taşıyan hastalar sevk edilmelidir.

## Tedavi

Sevk gerekmiyorsa, hemen ampirik tedavi başlanır.

Antibiyotik seçiminde klinik görünümün tipik veya atipik olması yönlendirici olabilir.

Tedavi ateş düştükten sonra bir hafta daha sürdürülür. Ortalama tedavi süresi, tipik pnömönide 7-10 gün, atipik pnömönide 14-21 gündür. Klinik yanıt varsa tedavi süresi uzatılmamalıdır. Radyolojik düzelme, klinik yanıtla göre daha geç olabilir.

## Penisilinler:

- Amoksisilin : 1.000 mg günde üç kez (8 saat ara ile), ağızdan
- Prokain penisilin G : 800.000 ü günde iki kez, kas içine

## YA DA

## Makrolidler\*:

- Eritromisin : 6 saatte bir 500 mg ağızdan
  - Roksitromisin : 12 saatte bir 150 mg ağızdan
  - Klaritromisin : 12 saatte bir 250-500 mg ağızdan
  - Azitromisin : 24 saatte bir 500 mg / 3 gün ağızdan
- veya
1. gün 500 mg/gün,  
sonraki 4 gün 250 mg/gün ağızdan

## YA DA

## Doksisisiklin \*:

12 saat arayla 200 mg ile başlanır,  
12 saat arayla 100 mg ile devam edilir.

\*Atipik pnömoni düşünülüyor ve tipik-atipik pnömoni ayrımı yapılamıyorsa ya da penisilin alerjisi varsa doksisisiklin veya makrolid grubu ilaçlardan biri seçilmelidir.

### İzlem

- Hastalar tedavinin 3. günü kontrole çağrılmalıdır. Ateşi 72 saat içinde düşmeyen veya genel durumu düzelmeyen hastalar sevk edilmelidir.
- Tedaviye yanıt, ateşin antipiretik tedavi uygulanmadan düşmesi ve lökositozda düzelme ile değerlendirilir.
- Risk faktörleri olan hastalara pnömoniden korunma amacıyla her yıl influenza aşısı ve beş yıl ara ile yalnızca 2 kez pnömokok aşısı uygulanmalıdır.

### Aşılama için gerekli bazı risk faktörleri

- 60 yaşın üstünde olmak
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Bronşektazi
- Kistik fibroz
- Splenektomi
- Astım

### Kaynaklar

1. Bartlett JG, Dowell FS, File TM, Musher DM, Fine MJ. Practice Guidelines for the Management of Community-acquired Pneumonia in Adults. Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2001;31:347-82.
2. The Official Statement of the American Thoracic Society. Guidelines for the Management of Community-acquired Pneumonia. Am J Resp Crit Care Med 2001;163:1730-54.
3. Toraks Demeği Solunum Sistemi Enfeksiyonları Çalışma Grubu. Pnömoniler Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara: Toraks Demeği, 1998.

