A Case of Pulmonary Nocardiosis Report Due to Steroid Treatment: Case Report

Steroid Tedavisi Sonrası Gelişen Pulmoner Nokardiyozis: Olgu Sunumu

Pulmoner Nokardioz / Pulmonary Nocardiosis

Orhan Yücel, Deniz Doğan, Ufuk Turhan, Cantürk Taşçı
GATA Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Akciğer nokardiozisi, sıklıkla immünsüpresif hastalarda görülen gram pozitif boyanma özelliği gösteren, modifie Ziehl Nielsen benzeri Fite-Faraco methodu ile boyanabilinen ve zor tanı konulunan bir fırsatçı enfeksiyondur. Akut, subakut ve kronik formda klinik tablo oluşturabilmektedir.Konsolidasyon ya da plevral effüzyon şeklinde karşımıza çıkmaktadır.Spesifik tanı metodlarının azlığı, sadece iki haftalık prednizolon tedavisi sonrası immünsüpresyon gelişmesi nedeni ile tanı konulmasının da güç olması ve tedavi zorluğu nedeni ile mortalitesi yüksek olan pulmoner nokardiozlu bir olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler

İmmünsüpresyon; Prednizolon; Pulmoner Nokardioz

Abstract

Pulmonary nocardiosis frequently observed in immunosuppressive patients as an opportunistic agent and is difficult to diagnose. It shows gram-positive staining feature and is paintable with Fite-Faraco method which is similar to modified Ziehl Nielsen. Pulmonary nocardiosis can be presented in acute, subacute and chronic clinical forms with consolidation or pleural effusion. Considering the lack of specific diagnostic methods, immunosuppression improvement only two weeks after prednisolone treatment and high mortality due to difficulty of diagnosis and treatment let us to present this pulmonary nocardiosis case.

Keywords

Immunsupression; Prednisolone; Pulmonary Nocardiosis

DOI: 10.4328/JCAM.3093 Received: 20.11.2014 Accepted: 05.12.2014 Printed: 01.04.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 2): 188-90
Corresponding Author: Cantürk Taşçı, GATA Göğüs Hastalıkları AD. Etlik, Ankara, Türkiye.
E-Mail: canturktasci@yahoo.com

Giriş

Dünyada yaygın olarak bulunan, insan ve hayvanlarda sporadik enfeksiyonlara neden olabilen, immünsüprese kişilerde fırsatçı enfeksiyonlara neden olan akciğer nokardiozu, inhalasyon yoluyla vücuda alınabilmektedir (1).

Öksürük, balgam çıkarma, kilo kaybı, gece terlemesi gibi tüberkülozla özdeşleşmiş olan semptom ve bulgularla karakterize olan, radyolojik olarak kaviter akciğer lezyonu ile prezente olan pulmoner nokardioz, tanı zorluğu ve rutin kullanılan antibiyotiklere dirençli olması ile de özellik arz etmektedir (1).

Bilinen immünsüpresif durumların dışında geçici immünsüpresyon durumunda da fırsatçı enfeksiyonların hastalık yapabileceği olgumuzda olduğu gibi görülebilmektedir.

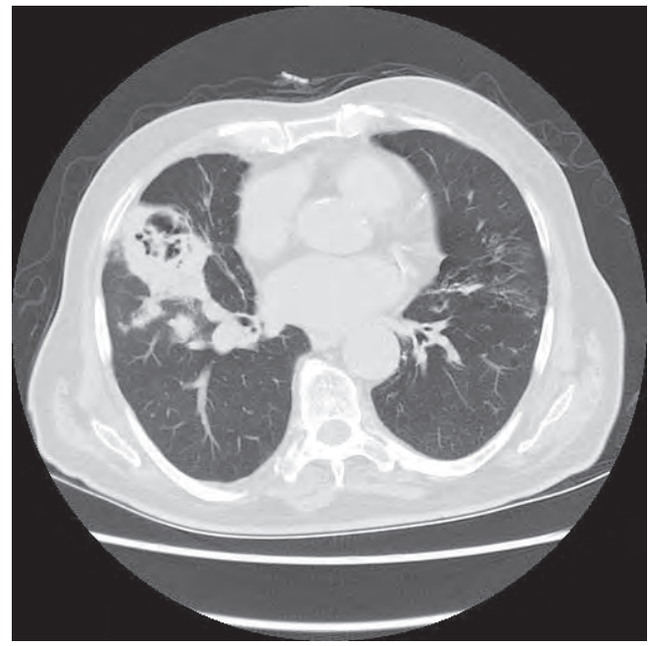
Olgu Sunumu

Olgumuz, yaklaşık iki haftalık prednizolon tedavisi sonrası immünsüpresyon gelişmesi ile pulmoner nokardioz tanısı koyduğumuz bir olgu idi.

63 yaşında erkek hasta öksürük, balgam çıkarma ve ateş yüksekliği şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın, fasial paraliziye bağlı iki hafta süre ile prednizolon 80 / 40 mg/gün dozda azaltılarak kullanım hikayesi mevcuttu. Fizik muayenesinde; ateş yüksekliği (38 derece) dışında vitallerinin stabil olduğu ve sağ hemitoraks bazalinde inspiratuar ralleri oskülte edildiği izlendi. P/A akciğer grafisinde sağ alt zonda kaviteyle uyumlu dansite artışı görüldü (Resim 1).Hastanın akciğer tomografisinde sağ alt lobta kaviter lezyon mevcuttu (Resim 2). Mevcut bulgularla bakteriyel apse, akciğer tüberkülozu ön tanıları ile amoksisilin klavulunat ve metronidazole tedavisi başlandı ve balgam ARB tetkiki ardışık üç günde değerlendirildi. ARB sonuçlarının negatif olması, ateş yüksekliğinin devam etmesi ve radyolojik regresyon da olmaması nedeni ile hastaya fiberoptik fleksibl bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide endobronşial lezyon saptanmayan olguda, BAL alınarak işleme son verildi. BAL ARB direkt bakısı negative gelen hastada, BAL nonspesifik kültürde ise nokardia üredi. Enfeksiyon hastalıkları ile de görüşülerek, trimetoprim-sulfametaksazol 400 mg 3x1 ve amikasin 500 mg



Resim 1. PA akciğer grafisinde, sağ akciğer alt zonda parakardiak yerleşimli, kalın duvarlı kaviter lezyon



Resim 2. Toraks tomografisinde sağ akciğer alt lob superior segmente lokalize 5x6 cm ebatlarında ortası nekrotik, kavite-konsolidasyon görünümü

1x2 tedavisi başlandı. Bu tedavi altında hastada belirgin radyolojik regresyon ve klinik düzelme izlendi.

Tartışma

Nokardioz, immün sistemi sağlam kişilerde rapor edilmemiştir (2). Bilinen malignite, malnütrisyon, ileri yaş, diabetes mellitus, organ transplantasyonu, antineoplastik tedavi altındaki kişiler ve özellikle hücresel immün fonksiyon bozukluğu olanlarda nokardia vb fırsatçı enfeksiyonlar görülebilmektedir (3, 4).

Olgumuzda olduğu gibi, kısa süreli steroid kullanılması gereken hastalıkların seyri sırasında çoğu kez hastaların immünsüpresif olduğu unutulabilmektedir. 20 mg/gün üzerindeki prednizolon dozu beyaz küre sayılarını azaltmakta ve antikor formasyonunda değişiklikler yapabilmektedir (4). Bir çok hastalıkta geçici ya da uzun süreli steroid tedavi ihtiyacı doğabilmektedir. Ancak çoğu kez de bu hastaların bu tedavi sırasında immünsüpresif oldukları gözden kaçabilmektedir.

Literatürdeki akciğer nokardioz vakalarına bakıldığında en çok kavite-konsolidasyon şeklinde (%40-70) prezente oldukları görülmektedir (5). Ayırıcı tanısında kaviter lezyonlarla seyrdebilen akciğer tüberkülozu, kist hidatik, fungal enfeksiyonlar akla gelmelidir (6).

Vücut sıvılarında görülmesi patolojik olarak kabul edildiğinden dolayı, görüldüğü taktirde mutlak tedavi endikasyonu vardır (4, 7). %15-40 oranında mortalitesi olması, belki de tanının geç konulması ve uygun antibiyotik rejiminin seçilmemesine bağlı olabilmektedir (8). Tedavisi yaklaşık altı ay süren akciğer nokardiozu, olgumuzda BAL kültüründe üreme olması ile tedavi başlanmış ve cevap alınmıştı.

Sonuç

Kaviter infiltrasyonu olan ve tüberküloz ile uyumlu klinik bulguları olan hastalarda, tüberküloza yönelik tanısal tetkiklerin yanında mutlaka immünsüpresyon durumunun da sorgulanması ki özellikle steroid kullanım hikayesinin, klinisyenin nokardia fırsatçı enfeksiyonunun düşünmesini ve tanıya gidilmesini sağlayabilmektedir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Martinez R, Reyes S, Menendez R. Pulmonary nocardiosis: risk factors, clinical features, diag- nosis and prognosis.Curr Opin Pulm Med 2008; 14:219–27.
2. Mootsikapun P, Intarapoka B, Liawnoraset W. Nocardiosis in Srinagarind Hospital, Thailand: review of 70 cases from 1996–2001. Int J Infect Dis 2005; 9:154–8.
3. Arroyo C, Nichols S, Carrol GF. Disseminated Nocardia caviae infection. Am J Med 1977; 62:409–12.
4. Doğan ÖT, Berk S, Çalışkan SN. Plevral Boşluğun Nadir Enfeksiyonları. Yücel O, Genç O, editörler. Plevra hastalıkları ve tedavisi. Ankara: JCAM; 2011. p.41-44
5. This is an abbreviated abstracted version of a paper in the UK's Nursing Times of 25th of April 2006 Volume 102 Number 17 p24. Its author is Tom Noone, lecturer in nursing at Trinity College, Dublin, Ireland. Additional facts and simplification of medical terms have been made by the COP-BOOP webmaster. Due acknowledgment and thanks are given to Mr Noone. Copyright Emap Healthcare 2006. Reproduced by permission of Nursing Times.
6. Ocal N, Taskin A. Complicated Pulmonary Hydatid Cysts. J Ann Eu Med; 2014: 2, Publihed Online: 16.09.2014
7. Ayşegül Akbaş, Ekrem Cengiz Seyhan, Sinem Nedime Sökücü, Sedat Altın, Gülşah Günlüoğlu, Sezin Altay. Systemic Nocardiosis In A Diabetic Patient.Respir Case Rep 2012;1(2):37-41 DOI: 10.5505/respircase.2012.92485
8. Oszoyoglu AA, Kirsch J, Mohammed TL. Pulmonary nocardiosis after lung transplantation: CT findings in 7 patients and review of the literature. J Thorac Imaging 2007; 22:143–8.

How to cite this article:
Yücel O, Doğan D, Turhan U, Taşçı C. A Case of Pulmonary Nocardiosis Report Due to Steroid Treatment: Case Report. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 2): 188-90.