

Kronik Bakteriyel Prostatit Olarak Uzun Süre Tedavi Edilen Kronik Böbrek Yetmezlikli Perinefrik Apse Olgusu

A Case of Perinephric Abscess in a Chronic Renal Failure Patient Treated as Chronic Bacterial Prostatitis for a Long Time

Erkan Dervişoğlu¹, Ahmet Yılmaz¹, Erkan Şengül¹,ERCÜMENT ÇİFTÇİ², Emel Azak Karalı³,

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji BD, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları AD, Kocaeli

ÖZET

Perinefrik apse, geç tanı konulabilen ve mortalitenin yüksek seyrettiği bir klinik durumdur. Burada, tekrarlayan üriner sistem infeksiyonu ve kronik bakteriyel prostatit tanıları ile uzun süre tedavi edilen ve perinefrik apse saptanan bir hemodiyaliz hastası sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: perinefrik apse, idrar yolu infeksiyonu, perkütan apse drenajı

ABSTRACT

Perinephric abscess is a clinical state which is usually diagnosed late and mortality rate is high. Here, a perinephric abscess formation in a chronic hemodialysis patient who was treated as recurrent urinary tract infection and chronic bacterial prostatitis is reported.

Keywords: perinephric abscess, urinary tract infection, percutaneous abscess drainage

2006;15 (1) 60-62

Giriş

Perinefrik apse, çoğunlukla renal kortikal bir apsenin direkt böbrek dışı boşluğa doğru genişlemesine veya böbrek içi bir apsenin rüptürüne bağlı olarak ortaya çıkar. Patojen mikroorganizma ender olarak hematogen yolla da gelebilir veya çevre dokulardan direkt yayılım da sorumlu tutulmaktadır (1). Etken çoğunlukla stafilokoklardır. Diğerlerinde ise etkenler genellikle gram (-) basillerdir (2). Uzun süreli ateş, bel ağrısı ve dizüri hastalığın semptomları arasındadır. Bulguların nonspesifik olması nedeniyle

le hastalığı hikâye ve fizik muayene bulgularına bakarak teşhis etmek güçtür. Son yıllarda yeni görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşmasına rağmen tanı gecikebilmekte ve çoğu zaman tedavi edilebilen bu hastalığın mortalite oranı halen yüksek seyretmektedir. Laboratuvar bulguları ile de ayırıcı tanı konulması çoğu zaman güçtür. Radyolojik olarak, direkt grafiler bilgi vermez. Klinik şüphe durumunda ilk yapılması gereken tetkik böbrek ultrasonografisidir. İntravenöz piyelografi bir fikir verebilmekte ise de, özgün değişiklikleri çoğu zaman gösteremez. Günümüzde en önemli tanı aracı bilgisayarlı tomografidir (BT) (3). Bu olgu sunumunda, çeşitli kliniklerce ayaktan ve bir kez de hastanede yatırılmak suretiyle takip edilen ve tekrarlayan idrar yolu infeksiyonu ve kronik bakteriyel prostatit tanısı alıp uzun süreli antibiyotik tedavisi uygulanan bir kronik hemodiyaliz hastası sunulmaktadır.

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Erkan Dervişoğlu
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Servisi,
Umuttepe Kampüsü, Kocaeli
Tel: 0 (262) 303 95 00
Faks: 0 (262) 303 80 03
E-posta: dervisoglu@yahoo.com

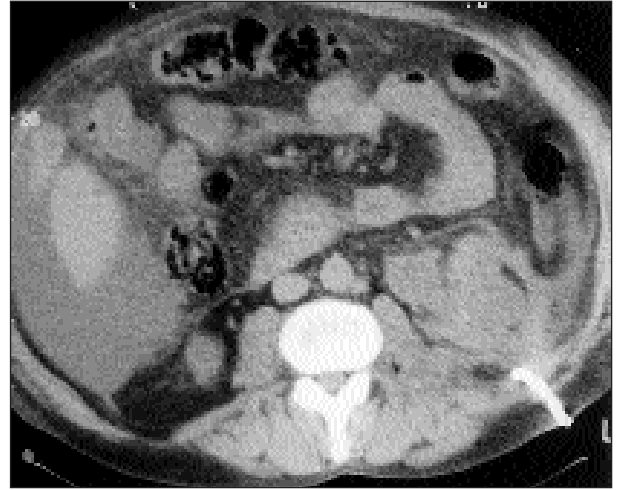
Olgu Sunumu

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısıyla 6 yıldır özel bir merkezde, haftada 3 gün düzenli hemodiyalize girmekte olan 51 yaşındaki bir erkek hasta, 8 haftadır aralıklı yüksek ateş, üretral akıntı, bel ağrısı yakınmalarıyla nefroloji polikliniğine başvurdu. Altı hafta önce yüksek ateş nedeniyle başvurduğu klinik tarafından tetkik edilip parenteral antibiyoterapi uygulanan hasta daha sonra bir hastanede yatırılarak bir süre takip edilmişti. Üretral akıntısı sarı-beyaz renkli kokusuz ve mukussuzdu. Beden ısısı 38.4°C olarak ölçüldü. Karın muayenesinde karaciğer derin inspiryumda kot kavsini 8 cm, dalak ise 6 cm geçmiş olarak ele geliyordu. Sol böbrek loju derin palpasyonda ağrılı idi. Kostovertebral açı hassasiyeti her iki tarafta menfi idi. Hastaya üretrit öntanısıyla parenteral olarak ampicilin-sulbaktam 2 g/gün tedavisi başlandı. Laboratuvar incelemelerinde hastanın başvurusunda; idrar sedimentinin incelenmesinde bol miktarda lökosit görüldü, tam kan sayımında Hgb: 8.3 g/dL, beyaz küre sayısı 21 000/mm³ idi. Yapılan üretral akıntı kültüründe *S. aureus* üredi. Ampicilin-sulbaktama duyarlı olduğu için tedavi değiştirilmedi. Eritrosit sedimentasyon hızı 83 mm/s, serum C-reaktif protein 16.5 mg/L, HbsAg (+), AntiHCV(+), HCV-RNA(+), karaciğer fonksiyon testleri ve protrombin zamanı ölçümleri normaldi. Hastanın karın ultrasonografisinde

sol böbrek boyutlarında artış (137x71 mm) olduğu, pelvikalisijel yapılarının yoğun içerikli sıvı ile dolu olduğu (piyonefrozis), parankim ekusunun grade 2 arttığı ve parankim kalınlığının 13 mm olduğu saptandı. Böbrek posteriorunda 6x8 cm boyutlu, içinde noktasal ekojeniteler ve ekojen septalar da olan kistik lezyon tespit edildi. Perinefrik ve paranefrik alanları daha iyi değerlendirmek için BT çekildi. Kontrastsız ve kontrastlı BT'de sol böbrek boyutlarında belirgin artış saptandı. Böbrek boyutlarının 137x71x75 mm olduğu, böbrek konturlarının düzensiz, gerota fasyasında ve laterokonal fasyada kalınlaşma olduğu saptandı. Posterior paranefrik alanda kemik pelvis düzeyine kadar uzanan 13x14x18 cm boyutlu apse izlendi (Şekil 1). Hastanın parenteral antibiyoterapisine klinik ve laboratuvar olarak yattığı sürece yanıt alınamadı. Karın BT'sinde sol böbreğin anatomik yerinde izlenememesi, ilgili yerleşimde hidronefrotik böbrek ile uyumlu hipodens alanlar içeren oluşum mevcudiyeti nedeniyle hastaya piyonefroz birlikteliğinde perinefrik apse tanısı ile radyoloji bölümü tarafından 12 Fr (4.0 mm) Flexima marka çok amaçlı drenaj kateteri seti ile perkütan yolla apse drenajı uygulandı. Kateterden ilk 24 saat içinde 4 litre kirli-beyaz renkli püy geldi. İşlem sonrası hastanın ateşi geriledi. Püyen yapılan kültürde de *S. aureus* üredi. Kontrol amaçlı çekilen karın BT'sinde retroperitoneal perinefrik



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide sol böbrek boyutunun büyük (137x71x75 mm), konturlarının düzensiz, gerota fasyasında ve laterokonal fasyada da kalınlaşma olduğu görülmektedir. Posterior paranefrik alanda kemik pelvis düzeyine kadar uzanan 13x14x18 cm boyutlu apse izlenmektedir.



Şekil 2. Perkütan apse drenajı sonrası perinefrik apsenin tama yakın drene olduğu ve yerinde küçük sıvı koleksiyonları izlendiği, böbrek boyutlarının küçüldüğü, piyonefrozun gerilediği görülmektedir. Drenaj kateteri sol altta izlenmektedir.

rik apsenin tama yakın drene olduğu ve yerinde küçük sıvı koleksiyonları izlendiği, böbrek boyutlarının küçüldüğü, piyonefrozun gerilediği tespit edildi (Şekil 2). İnfeksiyonun tüm klinik ve laboratuvar parametreleri apse drenajından sonra hızla düzeldi.

Tartışma

Gelişmiş tanı ve tedavi olanaklarına rağmen piyonefrozis ve perinefrik apse olgularında mortalitenin halen yüksek seyretmesi üroloji, iç hastalıkları, nefroloji polikliniklerinde çalışan hekimler için çok önemlidir. Tedavide gecikmenin en önemli nedeni, ateş ve üriner semptomlar nedeniyle sıklıkla bu hastaların idrar yolu infeksiyonu olarak kabul edilip uzun süreli antibiyotik tedavisi almalarıdır. Thorley ve arkadaşları, çalışmalarında, en sık konulan yanlış tanının akut idrar yolu infeksiyonları olduğunu göstermişlerdir (4). Perinefrik apse ve komplike olmayan akut piyelonefrit ayırımında semptomların başlangıç süresinin önemli olduğu yine bu çalışmada ortaya konmuştur. Piyelonefrit olgularında semptomların hastaneye yatıştan önceki 5 gün içinde ortaya çıktığını, perinefrik apse olgularında ise semptomların süresinin 5 günden daha uzun olduğunu bulmuşlardır. Örneğin ateş süresinin ortalama olarak 7 gün olduğu gösterilmiştir. Bildirilen olguda bu sürenin 6 hafta olarak göze çarpması, hastanın çeşitli kliniklere başvurduğu da göz önüne alındığında, tanıda ne kadar gecikildiğini bir kez daha göz önüne sermiştir. Hastanın kronik hemodiyaliz tedavisi alan bir kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastası olması üzerinde durulması gereken bir başka konudur. Bu hastalarda lökosit fonksiyonlarındaki bozukluk infeksiyonlara yatkınlığın temel sebebinin oluşturmaktadır. Dahası, bu hastalarda üreminin hipotalamik termoregülatuar kontrol merkezi üzerine etkisinden dolayı ateş de görülmeyebilir (5). Beş günden fazla süreli görülen veya hastaneye yatış gerektiren ateş, bel ağrısı, idrar semptomları bulunan KBY'li olgularda perinefrik apse olasılığı mutlaka düşünülmeli ve ultrasonografinin fikir vermediği durumlarda BT'ye başvurulmalıdır. Bildirilen hastada semptomların başlangıcından üç hafta sonra bir dış merkezde böbrek ultrasonografisi uygulanmış ancak apse formasyonu tespit edilememiştir. Ultrasonografinin başarısını hasta uyumu ve uygulayıcının deneyiminin de etkileyebileceği göz önüne alındığında, klinik şüphe durumunda bu hastalarda

BT'nin önemi ortaya çıkmaktadır.

Yineleyen üriner sistem infeksiyonu atakları ile kronik bakteriyel prostatit böyle hastalarda ayırıcı tanı içinde düşünülebilir; ancak semptomatik infeksiyonların antibiyoterapiye yanıt vermesi, sıkışma hissinin, dizürinin, noktüri ve genital organ ağrısının ön planda olması ile perinefrik apsedan kolaylıkla ayrılabilirler (6). Ayırıcı tanıda üriner sistem tümörleri, böbrek tüberkülozu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Etken, olgumuzda da olduğu gibi, çoğunlukla *S. aureus*'tur. Üretradan alınan akıntı kültüründe üretilmediği gibi, perkütan kateterden gelen sıvının kültüründe de üretilmiştir. Ancak duyarlı olduğu antibiyotige klinik yanıt vermemiştir. Bu noktada, perinefrik apse tedavisinin, öncelikli olarak BT eşliğinde perkütan aspirasyon veya cerrahi drenaj ile mümkün olabileceği vurgulanmalıdır.

Bu vaka sunumuyla, kronik böbrek yetmezlikli olgularda üriner sistem semptomları ile birlikte ateş varlığında perinefrik apse olasılığının düşünülmesi gerektiği ve ultrasonografinin yetersiz kaldığı durumlarda BT'nin tanı aracı olarak geciktirilmeden kullanılmasının önemi vurgulanmak istenmiştir. Bir diğer husus da, apse drenajının, büyük boyutlarına rağmen, antibiyoterapiye yanıt beklenmeksizin görüntüleme eşliğinde, perkütan yolla başarılı bir şekilde yapılabileceğinin gösterilmiş olmasıdır.

Kaynaklar

1. Cattell WR. Lower and upper urinary tract infection in the adult. In: Davison AM, Cameron JS, Grünfeld JP (Eds), Oxford Textbook of Clinical Nephrology. Oxford University Press, New York, 2005, pp 1127,1128.
2. Erkan İ, Şenel MF. Ürogenital sistemin nonspesifik enfeksiyonları. In: Anafarta K, Göğüş O, Bedük Y, Ankan N (Eds), Temel Üroloji. Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara 1998, ss 465-466.
3. Schaeffer AJ. Infections of the urinary tract. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA (Eds), Campbell's Urology. WB Saunders, Philadelphia, 2002, pp 763-765.
4. Thorley JD, Jones SR, Sanford JP. Perinephric abscess. Medicine 1974;53:441-451.
5. Lazarus JM, Brenner BM. Chronic renal failure. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ (Eds), Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th ed. New York, Mc Graw Hill, 1998; Volume 2:1518.
6. Özüt H. Üretrit, prostatit, epididimit ve orşit. In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (Eds), İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul 2002, ss 1066-1068.