

Perirenal abse ve nefrobronşiyal fistülle sonuçlanan ksantogranülatöz piyelonefrit

Güray Hüsmen (*), M.Selim Nural (*), Fatih Örs (*), Düzgün Yıldırım (*), Mustafa Taşar (*), İbrahim Karademir (*)

Özet

Ksantogranülatöz piyelonefrit kronik nonspesifik bulgularla seyredilmekte ve şikayetlerin ortaya çıkmasına kadar inflamatuvar süreç ileri safhalara varabilmektedir. Bu yazıda 20 yaşında erkek bir hastada, ksantogranülatöz piyelonefrite sekonder gelişen perirenal abse ile nadir bir komplikasyon olan nefrobronşiyal fistül ve bunların bilgisayarlı tomografi görüntüleri sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Ksantogranülatöz piyelonefrit, bilgisayarlı tomografi, nefrobronşiyal fistül

Summary

Perirenal abscess and nephrobronchial fistula developing secondary to xanthogranulomatous pyelonephritis

Xanthogranulomatous pyelonephritis may have chronic non-specific findings and inflammatory process may extremely progress before manifestation of complaints. Nephrobronchial fistula is one of the rare complications of xanthogranulomatous pyelonephritis. In this article, we present a case of perirenal abscess and a rare complication of nephrobronchial fistula developing secondary to xanthogranulomatous pyelonephritis, and their computed tomographic images in a 20-year-old male patient.

Key words: Xanthogranulomatous pyelonephritis, computed tomography, nephrobronchial fistula

Giriş

Ksantogranülatöz piyelonefrit; genellikle taşların ekskretuar sistem içerisinde kronik varlığı sonucu gelişen renal parankimal enfeksiyonun nadir görülen bir formudur (1,2). Ksantogranülatöz piyelonefritten kaynaklanan perinefrik abseler ile komşu organlar ve yapılar arasında nadir de olsa fistülizasyon gelişebilmektedir. Bu yazıda perirenal abse ve nefrobronşiyal fistülün eşlik ettiği bir ksantogranülatöz piyelonefrit olgusunu sunmaktayız.

Olgu Sunumu

Solukluk, halsizlik ve yan ağrısı şikayeti nedeniyle başka bir sağlık merkezine başvuran ve laboratuvar incelemelerinde derin anemisi saptanan 20 yaşındaki erkek hasta, araştırılmak üzere hastanemize sevk edilmiştir. Hastanın öyküsünden, şikâyetlerinin 1 ay önce başladığı ve şiddetinin gittikçe arttığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde; kan basıncı 110/70 mm/Hg, nabız 92/dk, vücut ısısı 38 °C idi. Genel durumu iyi, şuuru açık ve koopere idi. Solunum sistemi muayenesinde; sol hemitoraks bazalde akciğer sesleri azalmıştı.

Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 6.6 gr/dL, hematokrit %20, lökosit 17800/mm³ ve sedimentasyon hızı 107 mm/saat idi. Periferik yaymada; eritrositlerde belirgin hipokromi, anizositoz ve mikrositoz mevcuttu. Tam idrar analizinde bol lökosit vardı.

Yapılan radyolojik incelemelerde; akciğer radyografisinde, sol kostofrenik sinüste küntleşme ve sol akciğer bazalde lineer opasiteler mevcuttu. Ultrasonografik incelemede; sol böbrek parankimi incelmış, parankim ve renal sinüs ayırımı kaybolmuş, parankim ekosu bozulmuş ve toplayıcı sistemi ileri derecede deforme olarak izlendi. Renal parankim içerisinde yaygın anekoik ve hipoekoik alanlar, ayrıca renal pelviste taşlara ait hiperekojeniteler mevcuttu. Bu bulgular üzerine hastaya toraks ve abdominopelvik bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapıldı. BT'de; sol böbreğin kortikomedüller yapısının kaybolduğu, hem renal sinüsü hem de tüm renal parankimi tamamen dolduran, yer yer birbiriyile ilişkili, kalın duvarlı, hafif duvar kontrastlanması gösteren

*GATA Radyodiagnostik Radyoloji AD

Bu yazı, 11-15 Ekim 2006 tarihlerinde Antalya'da yapılan 27. Ulusal Radyoloji Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur

Ayrı basım isteği: Dr. Güray Hüsmen, GATA Radyodiagnostik Radyoloji AD, Etlik-06018, Ankara

E-mail: ghusmen@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 15.11.2006

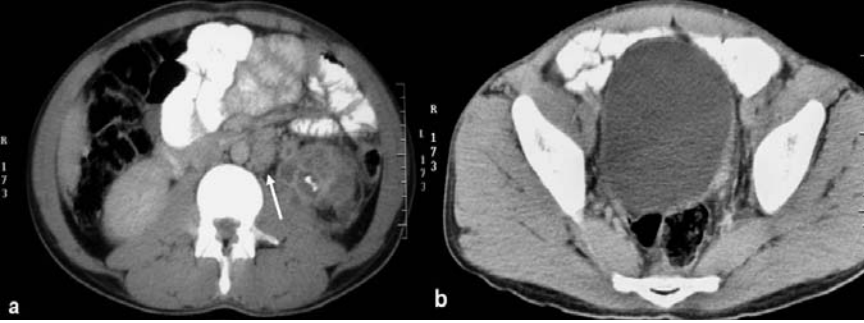
Kabul tarihi: 10.01.2007

multipl hipodens kistik lezyonlar saptandı. Renal pelvis lokalizasyonunda taşlara ait hiperdansiteler perirenal koleksiyon izlenmektedir (Şekil 1). Sol üre-



Şekil 1. Sol böbrek orta bölümde, kaliks şeklini almış taşlara ait dansiteler ve perirenal koleksiyon izlenmektedir

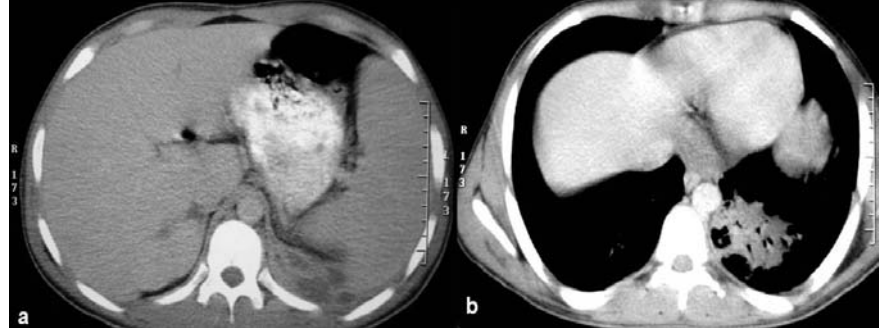
ter duvarlarının renal pelvisten itibaren boylu boyunca kalınlaştığı ve kontrastlandığı, mesaneye açıldığı düzeyde ise mesane sol posterolateral duvarlarının da benzer şekilde etkilenmiş olduğu izlendi (Şekil 2). Sol böbrek boyutları art-



Şekil 2a. Sol üreter duvarlarında kalınlaşma ve dansitesinde artış (ok), **2b.** mesane sol duvarda kalınlaşma görülmektedir

mış olup (vertikal uzunluğu 14 cm) Gerota fasyası kalınlaşmıştı. Sol pararenal alandan psoas kası içerisine uzanan ve retroperitoneal bölgede süperiyora diyafragmatik yüzeye kadar devam eden abse formasyonu mevcuttu. Ayrıca sol diyafragmatik yüzey ile ilişkili subpulmoner alanda, plevral yüzeyde kontrast tutan septa ve duvarlara sahip sıvı koleksiyonu (Şekil 3a) ve sol akciğer parankiminde bazalde yaygın konsolide alanlar mevcuttu (Şekil 3b). Bu bulgular ışığında ksantogranülo-

matöz piyelonefrite sekonder perirenal abse ve nefrobronşiyal fistül tanısı kondu.



Şekil 3a. Solda retroperitoneal ve subdiyafragmatik alandan toraksa uzanan, septasyon içeren koleksiyon (ampiyem), **3b.** sol akciğer alt lob posteriyor segmentte konsolidasyon izlenmektedir

Hastaya yapılan perkütan ince iğne aspirasyonunda; nekrotik hücresel artıklarla PMN lökositler ve az sayıda histiyositler saptanmış olup, ksantogranüloamatöz piyelonefritin santral bölgesinin histolojik görünümü ile uyumlu aktif kronik inflamasyon tanısı kondu.

Tartışma

Nefrobronşiyal fistül ve akciğer absesi, komşu yapı ve organlara yayılabilen ve fistül oluşumuna yol açabilen atipik bir renal enfeksiyon formu olan ksantogranüloamatöz piyelonefritin nadir bir komplikasyonudur. Gastrointestinal sistem, komşu üriner organlar ve deri de oldukça sık etkilenen yapılardandır (1,3).

Literatür incelendiğinde şimdiye kadar 5 adet ksantogranüloamatöz piyelonefrite bağlı nefrobronşiyal fistül olgusunun bildi-

rildiği görülmektedir (3,4). Malek ve Elder, ksantogranüloamatöz piyelonefritteki inflamatuvar sü-

reci 3 evrede tanımlamışlardır (5). Birinci evrede lezyon böbrekle sınırlıdır. İkinci evrede; böbrekle birlikte Gerota fasyası etkilenmiştir. Üçüncü evrede ise inflamatuvar süreç böbreği ve onu çevreleyen yağ dokusunu etkilemiş ve retroperitoneal yayılım başlamıştır (5). Hastamızda inflamatuvar süreç retroperitoneal yol ile diyafragma kadar ulaşmış, transdiyafragmatik yoldan akciğere geçmişti. İnflamatuvar süreç üreter boyunca da yayılarak inferior mesaneye kadar uzanmıştı. Oldukça geç evrede tanısı konan hastamızın kliniğinin kısa bir sürede oluştuğu, ancak bundan önce uzun sessiz bir dönem geçirdiği düşünülmüştür. Hastamızda erken dönemde tanı konup uygun medikal tedaviye başlanmaması, perirenal abse oluşumuna ve nefrobronşiyal fistül gelişimine neden olmuştur.

Nawaz ve ark. ksantogranüloamatöz piyelonefrit olgularının çoğunda anemi, kronik hastalık ve yan ağrısı olduğunu bildirmişlerdir (2). Hastamızda da benzer klinik bulgular mevcuttu. Bununla birlikte inflamatuvar sürecin, perirenal dokulara ve komşu organlara yayılımı sonucu değişik klinik bulgular ortaya çıkabilmek-

te ve bu çeşitlilik de tanıda karışıklığa yol açabilmektedir. Bu durumda tanıda radyoloji önemli bir rol oynamaktadır.

Goldman ve ark. ksantogranülomatöz piyelonefrit hastalarının BT görüntülerinde, böbrek parankiminin dilate kaliks ve/veya inflamatuvar dokuya karşılık gelen multipl yuvarlak düşük dansiteli alanlar ile kaplı olduğunu bildirmişlerdir (6). Ortasında debris ya da taşların olduğu, çevresel kontrastlanma gösteren bu düşük dansiteli alanlar, benzerliğinden dolayı "ayı pençesi" ("bear paw") belirtisi olarak isimlendirilir. Bu bulgularla birlikte Gerota fasyasının kalınlaşması, renal pelvisin inflamasyon ve fibrozisten dolayı kontrakte olması ve toplayıcı sistemde taşların bulunması ksantogranülomatöz piyelonefritin tipik bulgularını oluşturmaktadır. Ayrıca karşı taraf böbrekte hipertrofi görülebilmektedir (7). Genellikle tek taraflı ve diffüz formda görülse de, fokal tutulum da gösterebilir. Ksantogranülomatöz

piyelonefritin fokal tutulum gösterdiği formda ise, sıklıkla inflamasyonun yol açtığı psödokitale görünümü oluşabilir ve radyolojik olarak renal tümöral kitlelere benzerlik göstererek tanıda karışıklıklara neden olabilir (2,6). Bizim olgumuzda ksantogranülomatöz piyelonefritin tek taraflı diffüz tutulum gösteren tipik formu ve karşı taraf böbrekte hipertrofi mevcuttu.

Ksantogranülomatöz piyelonefrit kronik nonspesifik bulgularla seyredilmekte ve şikayetlerin ortaya çıkmasına kadar inflamatuvar süreç ileri safhalara varabilmektedir. Bu durumda radyolojik görüntüleme yöntemleri, özellikle BT, tanının konmasında ve komplikasyonların gösterilmesinde çok önemli rol oynamaktadır.

Kaynaklar

1. Parsons MA, Harris SC, Grainger RG, Ross B, Smith JA, Williams JL. Fistula and sinus formation in xanthogranulomatous pyelonephritis. A clinicopathological review and report of four cases. *Br J Urol*

1986; 58: 488-493.

2. Nawaz H, Khan S, Hussain I, Ahmed S, Khan M, Niazi N. Xanthogranulomatous pyelonephritis due to calculi: report of 63 cases and review of literature. *J Pak Med Assoc* 2005; 55: 387-389.
3. Alifano M, Venissac N, Chevallier D, Mouroux J. Nephrobronchial fistula secondary to xanthogranulomatous pyelonephritis. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 1836-1837.
4. de Souza JR, Rosa JA, Barbosa NC. Nephrobronchial fistula secondary to xanthogranulomatous pyelonephritis. *Int Braz J Urol* 2003; 29: 241-242.
5. Malek RS, Elder JS. Xanthogranulomatous pyelonephritis. A critical analysis of 26 cases and of the literature. *J Urol* 1978; 119: 589-593.
6. Goldman SM, Hartman DS, Fishman EK, Finizio JP, Gatewood OM, Siegelman SS. CT of xanthogranulomatous pyelonephritis: radiologic-pathologic correlation. *Am J Roentgenol* 1984; 142: 963-969.
7. Kim J. Ultrasonographic features of focal xanthogranulomatous pyelonephritis. *J Ultrasound Med* 2004; 23: 409-416.