

# Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Yapılan Bir Hastada İntraabdominal Apse

## *Intra-abdominal Abscess in a Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patient*

**Garip Şahin, Mehmet Soydan**

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Nefroloji BD, Eskişehir

### ÖZET

Kronik böbrek yetmezliği olan ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) yapılan hastalarda intraabdominal apse sık görülen bir komplikasyon değildir.

Kırk dört yaşında, hipertansiyona bağlı böbrek yetmezliği olan bayan hastaya 2 yıldır periton diyalizi yapılıyordu. Daha önce 4 kez peritonit atağı geçiren hasta, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, yüksek ateş nedeni ile kliniğimize başvurdu. CRP: 41 mg/dL (Normal: 0.0-0.8), peritoneal sıvıda beyaz küre 2500/mm<sup>3</sup> (%80 PMNL), kan beyaz küresi 15 300/mm<sup>3</sup> olarak bulundu. Uygun antibiyotik tedavisine rağmen klinik ve laboratuvar bulgularında gerileme olmayan hastaya yapılan batın ultrasonografisinde intraabdominal apse ile uyumlu görünüm vardı. Periton kateteri çekilen hastada işlem sonrasında klinik ve laboratuvar düzelleme gözlemlendi.

Olgumuz nedeni ile, sık tekrarlayan peritoniti olan uygun antibiyotik tedavisine rağmen peritonit bulgularında laboratuvar ve klinik düzelleme olmayan hastalarda erken dönemde intraabdominal apse araştırılması gerektiğini düşünüyoruz.

**Anahtar sözcükler:** peritonit, intraabdominal apse, SAPD

### ABSTRACT

Intra-abdominal abscess is an uncommon complication of continuous ambulatory peritoneal dialysis-associated peritonitis.

A 44-year-old female was on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) for two years because of hypertensive end-stage renal failure. She had developed acute peritonitis that relapsed four times despite appropriate antibiotic treatment. The patient admitted to our clinic with nausea, vomiting, abdominal pain, diarrhea and high fever. C-reactive protein was 41 mg/dL (ref: 0.0-0.8); WBC count in peritoneal fluid was 2500/mm<sup>3</sup> and 80% of these cells were polymorphonuclear leukocytes. WBC count in blood was 15 300/mm<sup>3</sup> (ref: 3.5-11). Antibiotherapy was started, but clinical and laboratory findings did not show regression. Abdominal ultrasound was helpful for the diagnosis of abscess. Peritoneal catheter was removed and clinical and laboratory findings then improved.

Considering this case, we think that in patients with frequently relapsing peritonitis not cured by antibiotic therapy, intra-abdominal abscess must be investigated at an early stage.

**Keywords:** peritonitis, intra-abdominal abscess, CAPD

2006;15 (1) 65-67

### Giriş

Kronik böbrek yetmezliği olan ve SAPD yapılan hastalarda intraabdominal apse sık görülen bir komplikasyon değildir (1,2). İntraabdominal apse

sıklıkla maligniteler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, karaciğer ve dalak hastalıkları, ilaçlar, yakın tarihte geçirilmiş cerrahi girişimler, apandisit, bağırsak divertiküllerine ve diğer karın içi infeksiyonlarına ikincil olarak ortaya çıkabilir (2,3). Tedavi edilmediği zaman hem birincil hastalık tedavi edilemez, hem de hastanın şikayetleri süreklilik gösterir.

Sık tekrarlayan ve tedaviye dirençli peritoniti olan olgu, intraabdominal apse gelişimi nedeni ile sunulmaya değer bulundu.

### Olgu

Kırk dört yaşında, hipertansiyona bağlı kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan bayan hasta, 5 yıl pre-

*VII. Ulusal Hipertansiyon ve Nefroloji Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.*

**Yazışma Adresi:** Yrd. Doç. Dr. Garip Şahin  
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı,  
Eskişehir

Tel: 0 (222) 239 29 79/2300-2303

Faks: 0 (222) 239 37 74

E-posta: garipsahin@superonline.com

diyaliz KBY olarak takip edilmiş ve son 2 yıldır renal replasman tedavisi ihtiyacı nedeni ile sürekli ayakta periton diyalizi (SAPD) yapıyordu. Daha önce 4 kez peritonit atağı geçiren hasta, 3 gündür devam eden bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, yüksek ateş, periton değişim sıvısında bulanıklık ve ultrafiltrasyon yetersizliği nedeni ile kliniğimize başvurdu.

Fizik incelemede kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 82 atım/dakika, ateş 38.5°C, solunum 24/dakika bulundu. Umblikus altında peritoneal kateter takılmasına bağlı 5 cm'lik insizyon skar izi ve insizyon yerinde yüzeysel, karın içi ile ilişkili olmayan pürülan akıntı vardı. Batında hassasiyet, defans vardı ve bağırsak sesleri duyulmuyordu. Kateter tüneli ve çıkış yeri lehine infeksiyon bulgusu yoktu. Alt ekstremitelerde 1 (+) ödem vardı.

Laboratuvar incelemelerinde hemogloblin: 11.7 g/dL, hematokrit: %34, lökosit: 15 300/mm<sup>3</sup>, trombosit: 420 000/mm<sup>3</sup>, eritrosit sedimentasyon hızı: 114 mm/saat, serum kreatinin: 10.4 mg/dL (0.5-1.4), BUN: 42 mg/dL (5-20), protein: 7.7 g/dL (4.5-7), albumin: 3.9 g/dL (3.5-5), kalsiyum: 9.6 mg/dL (8.5-10.5), fosfor: 4.04 mg/dL (2.7-4.5), parathormon: 71.5 pg/mL (12-72) saptandı. Serum sodyum, potasyum, glukoz, bilirubin, alkalen fosfataz, aspartat ve alanin aminotransferaz, gama glutamil transpeptidaz, amilaz, kreatin kinaz, trigliserid ve kolesterol, ürik asit düzeyleri normal sınırlarda bulundu. Hastanın bize başvurusunda idrarı olmadığı için tam idrar tetkiki yapılamadı. Koagülasyon parametreleri, tiroid fonksiyon testleri, serolojik testler ve hepatit belirleyicileri normal olarak bulundu. C-reaktif protein düzeyi 41.6 mg/dL (0.0-0.8) bulundu. Serum transferrin saturasyonu %7.59 (20-50), ferritini 508 ng/mL (10-400) ve vitamin B12, folik asit düzeyi normal bulundu. Direkt akciğer grafisinde bilateral sinüslerin kapalı olduğu görüldü. Son 3 aylık Kt/V: 1.9-2.5/haf-ta olarak tespit edildi. Peritoneal sıvı hücre sayımında 2500/mm<sup>3</sup> hücre mevcuttu ve hücrelerin %70 polimorf nüveli lökosit olduğu görüldü. Hastaya seftazidim 1.5 g/gün ve sefazol 1.5 g/gün intraperitoneal antibiyotik tedavisi başlandı; ancak 48-72 saat sonraki peritoneal sıvı incelemesinde hücre sayısında azalma olmaması, ateş ve karın ağrısının devam etmesi, kateterin inefektif olması nedeni ile tedavinin yeterli olmadığı düşünüldü. Ampirik olarak metisilin rezistan stafilokok olabileceği düşünülerek sefazol kesilip vankomisin başlandı. Tedavinin altıncı gününde peritoneal sıvı kültüründe *Pseudomonas aeruginosa* üredi. Antibiyogramında seftazidime du-

yarlılık olmasına rağmen, klinik ve laboratuvar bulgularında gerileme olmamasından dolayı beta laktamaz direnci düşünülerek intraperitoneal seftazidim-vankomisin tedavisi kesilerek, sistemik imipenem ve gentamisin (kültürde duyarlılık vardı) tedavisine başlandı. Batın ultrasonografi incelemesinde sağ böbrek 61x23 mm, sol böbrek 62x43 mm, ekojeniteleri grade 2-3 ile uyumlu olarak artmıştı. Karaciğer anteriorunda geniş bir alanda septasyonlar içeren sıvı ile uyumlu görünüm mevcut olup ayrıca alt kadranda orta kesimde 76x66 mm boyutlarında benzer karakterde sıvı ile uyumlu görünüm olduğu rapor edildi. Periton diyaliz kateterinin inefektif olması, batın içi ultrason bulguları, sık peritonit atakları olması ve ateşin kontrol altına alınamaması nedeni ile kateter çekildi ve apse drene edildi. Antibiyotik tedavisi altında ateş bir süre devam etti; yapılan kontrol ultrasonografide tekrar apse formasyonu görülmesi nedeni ile apse drenajı yapıldı ve sonrasında ateş kontrol altına alındı, klinik ve laboratuvar göstergelerde gerileme gözlemlendi. Hasta hemodiyalize transfer edildi.

### Tartışma

Nedeni bilinmeyen ateş ve tedaviye rağmen hastalık belirtilerinde gerileme olmayan durumlarda vücutta yaygın ya da lokalize bir apse araştırılmalıdır. Apse düşünülüyor, ancak apsenin yeri bilinmiyor ise karın ve pelvik bölge mutlaka araştırılmalıdır (2). Çünkü yeri bilinmeyen apseler genellikle bu bölgelerde lokalizedir. Siroz, steroid ya da immün süpresif tedavi, yeni cerrahi girişim ve *diabetes mellitus* gibi durumlar apse oluşumunu kolaylaştıran durumlardır (3-5). Bizim olgumuzda böbrek yetmezliğinin oluşturduğu immün süpresif durum, sık tekrar eden ve tedaviye dirençli peritonit vardı. Apandisit ve divertikülitte oluşan apseler de bağırsak duvarında bariyer oluşturacağı için bağırsak fonksiyonlarında aksama yapabilir (2). Karın içindeki tüm organların hastalıklarından kaynaklanan apseler olabilir. Apseler subfrenik, omental, Douglas boşluğu, pelvik ve intraperitoneal bölgede gelişebilir. Bunlara ek olarak organların üzerinde de yerleşik olabilir (2,3,5,6). Bizim olgumuzda ultrasonografide sağ alt kadranda ve karaciğer anterior lokalizasyonundaki bölgede içinde septasyonlar içeren koleksiyon olduğu ve bu görünümün de apse ile uyumlu olduğu rapor edildi. Olgumuzda 6 yıldır kronik böbrek yetmezliği vardı. Son 2 yıldır SAPD yapıyordu. Daha önce 4 kez peritonit atağı geçiren ve 3 gün önce karın ağrısı, bu-

lantı, kusma, ateş yakınmaları ile başvuran hastaya peritonit tanısı konuldu ve intraperitoneal antibiyotik tedavisi başlandı. Ancak uygulanan tüm antibiyotik kombinasyonlarına karşılık peritonit belirtilerinde gerileme olmadı. Bu şekilde antibiyotik tedavisine cevapsız peritonitlerde, literatür incelemesinde, fungal infeksiyon olabileceği bildirilmektedir (6-8). Ancak hastamızın peritoneal sıvı gram boyamasında hif görülmedi ve mantar kültüründe üreme olmamıştı. Bunun üzerine yapılan araştırmalar sonucunda intraabdominal apse tespit edildi.

Peritoneal diyaliz yapılan hastalarda peritonit bulgularında uygun antibiyotik tedavisi ile gerileme olmuyor ise intraabdominal apse düşünülmesi ve erken dönemde araştırılması gerektiğini düşünüyoruz.

### Kaynaklar

1. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for peritoneal dialysis adequacy of Chronic Kidney Disease, 2000. *Am J Kidney Dis* 2001;37: S65-S102 (suppl 1).
2. Zaleznik DF, Kasper DL. Intraabdominal infections and abscesses. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al (Eds), *Harrison's Principles of Internal Medicine*. London: McGraw-Hill Co, 2001, pp 829-834.
3. Maiorca R, Canconi G. Techniques, complications, and indications of peritoneal dialysis. In: Massry SG, Glasscock RJ (Eds), *Textbook of Nephrology*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996, pp 1563-70.
4. Altieri P, Sau G, Cao R, et al. Immunosuppressive treatment in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17 (suppl 8): 2-9.
5. Skorecki K, Green J, Brenner BM. Chronic renal failure. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al (Eds), *Harrison's Principles of Internal Medicine*. London: McGraw-Hill Co, 2001, pp 1551-1561.
6. Boroujerdi-Rad H, Juergensen P, Mansourian V, Kliger AS, Finkelstein FO. Abdominal abscesses complicating peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1994;23(5):717-21.
7. Wright K, Popli S, Gandhi VC, Lentino JR, Reyes CV, Leehey DJ. *Paecilomyces* peritonitis: case report and review of the literature. *Clin Nephrol* 2003;59(4):305-10.
8. Blake P, Abraham G, Bargman J, Vas S, Mathews R, Haberstroh B, Oreopoulos DG. Splenic abscess and peritonitis in a continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patient. *Perit Dial Int* 1989;9(1):73-4.