

YALNIZCA MEDİKAL TEDAVİ İLE DÜZELEN MULTİPLE İNTRARENAL APSE OLGUSU

A Case of Multiple Intrarenal Abscesses, Which Fully Recovered with Antibiotherapy Alone

Serdar GÜL¹, Birgül KAÇMAZ¹, Mikail İNAL², Muhammet GÜLHAN¹, Kenan ECEMİŞ¹

ÖZET

İntrarenal apseler, akut piyelonefritin komplikasyonu olarak veya hematogen yolla gelişebilmektedir. Piyelonefritin komplikasyonu olarak gelişen apseler genellikle kortekste, medullada veya her ikinde birlikte yerleşir ve etken genellikle Gram negatif enterik bakterilerdir. Hematojen yolla oluşan apseler ise genellikle kortekste yerleşir, tektir ve etken de hemen her zaman stafilokoklardır. Tanıda idrar mikroskopisi normal olabileceği için, bilgisayarlı tomografi veya ultrasonografi gibi görüntüleme yöntemlerinin önemi büyüktür. İntrarenal abseler, özellikle çocuklarda, erken tedavi edilmediğinde böbrek hasarına yol açabilir. Tedavide antibiyoterapi genellikle tek başına yeterli olabilmekle birlikte, özellikle büyük boyuttaki apselerde cerrahi girişime ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu çalışmada sadece medikal tedavi ile düzelen, multiple renal apseleri olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: *Abdominal apse; İlaç tedavisi; Piyelonefrit*

ABSTRACT

Intrarenal abscess can occur as a complication of acute pyelonephritis and also via haematologic route. The abscesses, which occurs as a complication of acute pyelonephritis are usually localized in cortex, medulla or both and the causative agent is often Gram negative bacilli. Hematogenous abscesses are usually soliter and localized in cortex. As the urine microscopy can be normal in most of the patients, the imaging techniques such as computerized tomography and ultrasonography are essential. Intrarenal abscesses may cause renal damage especially in children. Antibiotherapy alone is usually sufficient for the therapy of intrarenal abscess, but surgical procedures can be needed especially for big abscess. In this study, we aimed to report a case of multiple intrarenal abscess, which fully recovered with antibiotherapy alone.

Key Words: *Abdominal abscess; Drug therapy; Pyelonephritis*

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı,
Yahşihan, Kırıkkale

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji Ana Bilim Dalı,
Yahşiha, Kırıkkale

Serdar GÜL, Yrd. Doç. Dr.
Birgül KAÇMAZ, Doç. Dr.
Mikail İNAL, Yrd. Doç. Dr.
Muhammet GÜLHAN, Arş. Gör.
Kenan ECEMİŞ, Arş. Gör.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Serdar GÜL
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mi-
krobiyoloji Ana Bilim Dalı. Yahşihan,
Kırıkkale

Tel: 0 505 925 51 44

e-mail:

serdarguul@mynet.com

Geliş tarihi/Received: 06.06.2014

Kabul tarihi/Accepted: 16.06.2014

Bozok Tıp Derg 2015;5(3):73-6
Bozok Med J 2015;5(3):73-6

GİRİŞ

İntrarenal apseler, akut piyelonefritin komplikasyonu olarak veya bakteriyemi sonucunda hematogen yolla gelişebilmektedir. Klinik, piyelonefritte olduğu gibi ateş, ciddi yan ağrısı ve idrar yaparken yanma şeklindedir ancak tedaviye yanıtı piyelonefrite göre yavaştır (1).

Tanı genellikle ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) gibi görüntüleme yöntemleri ile konur (2,4). İdrar tetkiki ise hastaların %70'inde normal olabilir. Tedavide antibiyoterapi genellikle tek başına yeterli olabilmekle birlikte, özellikle büyük boyutlardaki apselerde cerrahi girişim de gerekebilmektedir. Tanıdaki gecikmeler özellikle çocuklarda böbrek hasarına da yol açabilmektedir (5,6).

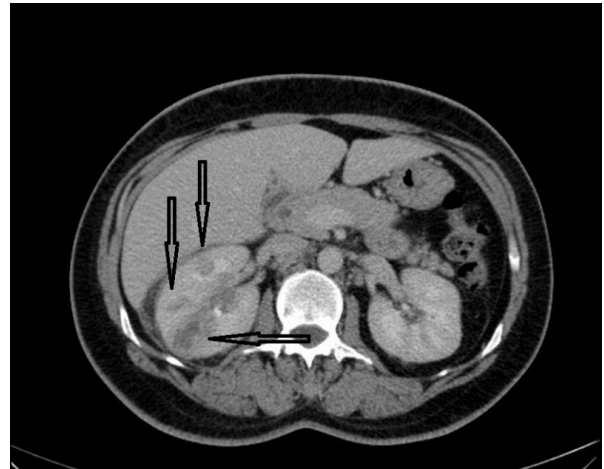
Biz de bu çalışmada sadece antibiyoterapi ile tamamen düzelen bir intrarenal apse olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

Kırkbeş yaşında bayan hasta, bir haftadır devam eden, son iki günde ise artan, yüksek ateş, bulantı-kusma, yan ağrısı, idrar yaparken yanma ve sık idrara çıkma yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde diyabetes mellitus (DM), sık üriner sistem enfeksiyonu geçirme ve en son 1 ay önce alt üriner sistem enfeksiyonu nedeni ile antibiyotik kullanımı mevcuttu. Fizik muayenede; bilinç açık, koopere, oryante idi. Ateş: 39°C, nabız 110/dk., arteriyel tansiyon: 140/90 mmHg, solunum:18/dk olarak ölçüldü. Sistemik muayenede bilateral kostovertebral açığı hassasiyeti mevcuttu ve diğer sistemik muayene doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde: Beyaz küre: 21.700/ml, Hemogloblin: 9.5g/dl, Trombosit: 374.000/ml, CRP: 295mg/dl(referans aralığı: 0.01-5), Glukoz: 447 mg/dl, üre: 40mg/dl, kreatinin: 1.02mg/dl diğer biyokimyasal değerleri ise normal sınırlarda idi. İdrar tetkikinde milimetreküpde 60 lökosit mevcuttu ve idrarda nitrit pozitif.

Piyelonefrit ve ürosepsis düşünülen hasta servise yatırıldı. Kan ve idrar kültürleri alındıktan sonra hastaya,

daha önce de birçok kez antibiyoterapi kullandığı ve dirençli etkenlerle gelişmiş bir piyelonefrit olabileceği de düşünülerek Meropenem 3x1g iv tedavisi başlandı. Oral antidiyabetik kullanan hastada insülin tedavisine geçildi. Bir gün sonra hastanın idrar kültüründe 100.000 cfu/ml Klebsiella pneumonia üremesi ve üreyen mikroorganizmanın kinolonlara duyarlı olması üzerine, hastanın tedavisi parenteral siprofloksasin 2x400 mg iv olarak değiştirildi. Alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın öyküsünde sık üriner sistem enfeksiyonu olduğu için hastada üriner sisteme yönelik görüntüleme planlandı. Ultrasonografi ve kontrastlı BT sonucunda: Her iki böbrekte sağda en büyüğü 60x43mm ve alt polde, solda en büyüğü 19x15 mm fokal piyelonefrit alanları, sağda en büyüğü 17x11mm çok sayıda apse kavitesi saptandı. (şekil 1)



Şekil 1: Kontrastlı Beyin Tomografisi (BT): Multiple apse odakları okla işaretlenmiştir.

Hastanın antibiyoterapisine devam edildi. Tedavinin 48. saatinde alınan idrar örneğinde lökosit saptanmadı ve idrar kültüründe üreme olmadı. Tedavinin üçüncü gününde ateşi düşen hastanın yakınmaları azaldı ve takibinde tekrar ateşi olmadı. Hastanın CRP ve beyaz küre değerleri normal sınırlara geriledi. Ondördüncü günde tekrarlanan ultrasonografide fokal piyelonefrit alanlarının ve apse boyutlarının küçüldüğü görüldü.

Görüntüleme yöntemi olarak, hastanın DM ve sık üriner sistem enfeksiyonu geçirme öyküsü olduğu için tedavinin takibinde kontrast maddenin oluşturabileceği yan etkilerden kaçınmak için ultrasonografi tercih edildi. Hasta oral siprofloksasin 2x750 mg po tedavisi ile poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Tedavinin 28. gününde tekrarlanan ultrasonografide lezyonun tamamen kaybolduğu görüldü ve hastanın tedavisi kesildi.

TARTIŞMA

Intrarenal apseler sıklıkla akut piyelonefritin komplikasyonu olarak kortekste, medüllada veya her ikisinde birlikte gelişir ve etken genellikle Gram negatif enterik bakterilerdir. Aynı zamanda bakteriyemi sonucunda, hematojen yolla da gelişebilen intrarenal apseler, bu yolla geliştiğinde genellikle kortekste lokalize olur, tektir ve etken de genellikle koagülaz-pozitif stafilokoklardır (1).

Komplike olmayan piyelonefrit vakalarında, antibiyoterapi ile 48- 72 saat içinde hastanın kliniğinde düzelme beklenir. Uygun tedaviye rağmen daha yavaş düzelme olan hastalarda intrarenal apse gibi komplikasyonları akla getirmek gerekir (1). İntrarenal apselerin tanısında idrar mikroskopisinin yeri sınırlıdır. Kortikomeduller apselerde idrar mikroskopisi %70 oranında, hematojen kortikal apselerde ise hemen her zaman normaldir. Ultrasonografi ve kontrastlı BT tanıda çok duyarlı ve özgüldür (2,4). Hastalığın erken döneminde kontrastlı BT yapılabilirse, akut lobar nefroni veya akut fokal bakteriyel nefrit olarak da tanımlanan yoğun parankimal inflamasyon ve böbreğin bir lobunda ödem saptanabilir. Bu evrede antibiyoterapi, ilerlemeyi engelleyebilse de mikroapselerin birleşmesi büyük apselere de yol açabilir (1). Bizim hastamızda da yaygın ve en büyüğü 17x11mm boyutlarında çok sayıda apse mevcuttu.

Intrarenal apselerde etken genellikle tüm üriner enfeksiyonlarda olduğu gibi E.coli başta olmak üzere Gram negatif enterik bakterilerdir (7). Akut enfeksiyonların büyük çoğunluğundan E.coli sorumlu

iken tekrarlayan enfeksiyonlarda; Proteus, Klebsiella, Enterobacter, Pseudomonas, enterokoklar ve stafilokoklar daha sık karşımıza çıkmaktadır (8,9). Daha önce de birçok kez üriner sistem enfeksiyonu öyküsü olan hastamızda da etken; Klebsiella pneumonia olarak saptandı. Divyanshu ve arkadaşları da, Klebsiella pneumonia'nın etken olduğu metastatik apselere yol açan bir intrarenal apse olgusu bildirmiş ve bu hastalarda metastatik apselerin de görüleceğini vurgulamıştır (10). ancak bizim hastamızda herhangi bir metastatik apse saptanmadı.

Böbrek parankimi veya üriner sistemin herhangi bölgesindeki bir enfeksiyonda, bakteriyi eradike etme bakımından, hücre duvarına etkili antibiyotikler, trimetoprim-sulfometaksazol, kinolonlar veya aminoglikozidler kadar etkili değildirler (11,12). Bu nedenle üst üriner sistem enfeksiyonlarında bakterinin duyarlılık paterni biliniyorsa kinolon kullanımı tavsiye edilmektedir (1). Bizim hastamızda da ampirik olarak başlanan Meropenem tedavisi antibiyotik duyarlılık testleri sonucuna göre siprofloksasine değiştirilmiştir. İntrarenal apselerin çoğu yavaş da olsa antibiyoterapiye yanıt vermektedir ancak yan ağrısı ve ateş birkaç gün sürebilmektedir. Tedaviye yanıtta apsenin boyutu da önemlidir. Siegel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; çapı 3 cm'den küçük apseleri olan hastaların neredeyse tamamı, 3 ila 5cm arasında apseleri olan hastaların %92'si sadece antibiyoterapi ile düzelirken 5cm'den büyük apseleri olan hastaların %33'üne perkütan drenaj, %37'sine açık cerrahi drenaj gerekmiştir (13). Söğüt ve arkadaşları da yalnızca antibiyoterapi ile düzelen 3x3cm boyutlarında intrarenal apseleri olan bir çocuk vaka bildirmişlerdir (14). Bizim hastamızda da tüm apseler, antibiyoterapi ile cerrahi müdahaleye gerek kalmadan kayboldu.

Sonuç olarak piyelonefrit tanısı ile takip edilen ancak etkili antibiyoterapiye rağmen 48-72 saat içinde kliniği düzelmeyen hastalarda intrarenal apse gibi komplikasyonların akla getirilmesi, erken tedaviye ve böylece hastanın cerrahiye gerek kalmadan iyileşebilmesine imkan tanıyacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sobel JD, Kaye D: Urinary Tract Infections. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. Seventh edition. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010; 957-985."1
2. Bova JG, Potter JL, Arevalos E, Hopens T, Goldstein HM, Radwin HM: Renal and perirenal infection: the role of computerized tomography. J Urol. 1985; 133(3): 375-378.
3. Kaplan DM, Rosenfield AT, Smith RC: Advances in the imaging of renal infection. Helical CT and modern coordinated imaging. Infect Dis Clin North Am. 1997; 11(3): 681-705.
4. Gerzof SG, Gale ME: Computed tomography and ultrasonography for diagnosis and treatment of renal and retroperitoneal abscesses. Urol Clin North Am. 1982; 9(1): 185-193.
5. Bellman AB. Genitourinary infections. In: Kelalis PP, King LR, BellmanAB, eds. Clinical Pediatric Urology. Philadelphia: WB Saunders Company, 1985: 244-245.
6. Comploj E, Cassar W, Farina a, Gasparella P, Trenti E, Patermo S: Conservative management of pediatric renal abscess. Journal of Pediatric Urology (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.05.016>.
7. Nicolle LE: Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis. Urol Clin North Am. 2008; 35(1): 1-12.
8. Gaynes R, Edwards JR: National Nosocomial Infections Surveillance System. Overview of nosocomial infections caused by Gram-negative bacilli. Clin Infect Dis. 2005; 41(6): 848-854.
9. Bampala S, Kollios K, Antachopoulos C: Renal abscess due to Pseudomonas aeruginosa: report of two cases. Minerva Pediatr. 2013; 65(3): 349-352.
10. Dubey D, Raza FS, Sawhney A, Pandey A: Klebsiella pneumonia renal abscess syndrome: A rare case with metastatic involvement of lungs, eye and brain. Case Reports in Infectious Diseases (2013), <http://dx.doi.org/10.1155/2013/685346>.
11. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, Johnson JR, Schaeffer AJ, Stamm WE: Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Infectious Diseases Society of America (IDSA). Clin Infect Dis. 1999; 29(4): 745-758.
12. Hooton TM: The current management strategies for community-acquired urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am. 2003; 17(2): 303-322.
13. Siegel JF, Smith A, Moldwin R: Minimally invasive treatment of renal abscess. J Urol. 1996; 155(1): 52-55.
14. Söğüt A, Uslu S, Adaletli İ, Eevli M: Ayaktan antibiyoterapi ile tedavi edilen bir renal apse olgusu. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2005; 36(3): 143-145.