

FT28

Çocukluk Çağında Nadir Bir Renal Apse Olgusu: Olgu Sunumu

Büşra Zeynep YILMAZ¹, Nazife BÜYÜKCAVLAK¹,

Ayşe Hümeysra AKGÜL¹, Bülent ATAŞ²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Pediatri AD, Konya, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Pediatri AD, Pediatrik Nefroloji BD, Konya, Türkiye

Giriş: Renal ve perirenal apse oluşumu çocukluk çağında nadirdir. En sık abdominal ve üriner sistem cerrahisi sonrası meydana gelmekle beraber nadiren sağlıklı çocuklarda da görülebilir. Vezikoureteral reflü, obstrüktif üropati, renal ven trombozu, renal kalkül ya da renal travma sonrası oluşabilir.

Olgu: Yedi yaşında erkek hasta, 16 gündür ateş ve sol yan ağrısı şikayetleriyle tedavi gördüğü dış merkezden, klinik iyileşme sağlanamaması nedeniyle ileri araştırma için kliniğimize yönlendirildi.

1 ay önce hipospadias ve sol orşiopeksi operasyonu geçirmiş. Sol testis atrofik olduğu için orşiektomi yapılmış. Hipospadias cerrahisi sonrası 8 gün idrar sondası ile takip edilmiş. İdrar sondası çıkarıldıktan iki gün sonra ateş, kusma, sol yan ağrısı sebebiyle hastaneye başvurmuş. Dış merkezde yapılan batın ultrasonografide pyelonefrit lehine bulgular görülmüştü. On altı gün boyunca yatırılarak çoklu antibiyoterapi ile tedavi edilen ama uygun parantral antibiyoterapiye rağmen klinik düzelme olmayan hasta tarafımıza sevk edildi. Özgeçmişinde 3 yaşında bilateral orşiopeksi cerrahisi sonrası sol testisin kısmi indirilmesi dışında patolojik özellik yoktu. Soygeçmişinde babasında çocukluk çağında nefrolitiazis öyküsü, kuzeninde intrauterin hidronefroz tanıları vardı. Muayenesinde sol tarafta kostavertebral açı hassasiyeti(KVAH) ve 38.7°C ateşi vardı. Laboratuvar sonuçlarında CRP:121 mg/L, ESH:120 mg/h, lökosit 21380/mm³ saptandı. Hastanemizde çekilen kontrastlı batın BT'sinde solda en büyüğü 3 cm çapında çok sayıda renal apse tespit edildi (Resim 1). Ampirik olarak Meropenem ve Teikoplanin tedavisi başlandı. Girişimsel radyoloji tarafından apse drenajı yapıldı. Drenaj materyali eksuda vafında idi, direk bakısında bol nötrofil görüldü. İşlem sonrası laboratuvar tetkiklerinde ve kliniğinde olumlu yanıt alındı. İmmünolojik tetkikleri planlandı, normal sonuçlandı.

Sonuç: Ateş, yan ağrısı, kostovertebral açı hassasiyeti, akut faz reaktanlarında yüksekliği ve geçirilmiş üriner sistem cerrahisi olan olgularda nadir de olsa renal apse olasılığının akılda tutulması gerekmektedir. Güzel alınmış bir anamnez ve klinik olarak renal apse varlığından şüphe edilmesi tanı koymak için gereklidir. Uygun antibiyoterapiye rağmen klinik yanıt alınamayan hastalarda perkütan drenaj ile anlamlı klinik yanıt alınabilmektedir.

Anahtar kelimeler: renal apse, üriner sistem cerrahisi, çocuk

Introduction: Renal and perirenal abscesses are rare in childhood. It occurs most commonly after abdominal and urinary system surgery, but rarely occurs in healthy children. It may occur after vesicoureteral reflux, obstructive uropathy, renal vein thrombosis, renal calculus or renal trauma.

Case: A 7-year-old male patient was referred to our clinic for further investigation from the another health center where he had been treated with fever and left side pain for 16 days. He had hypospadias and left orchiopexy surgery 1 month ago. The orchiectomy was performed because the left testicle was atrophic. He was followed with urine catheter for 8 days after

FT-128

hypospadias surgery. Two days after removal of the urinary catheter, he was admitted to the hospital with fever, vomiting and left side pain. Abdominal ultrasonography performed in the previous health center revealed findings in favor of pyelonephritis. The patient was hospitalized for 16 days and treated with multiple antibiotherapy, but despite appropriate iv antibiotherapy, the patient did not improve clinically and was referred to our hospital. His past medical history was unremarkable except for partial lowering of the left testis after bilateral orchiopexy surgery at the age of 3 years. His father had a history of childhood nephrolithiasis and his cousin had intrauterine hydronephrosis. On examination, he had costovertebral angle sensitivity (CVD) on the left side and fever of 38.7 ° C. Laboratory results showed CRP: 121 mg / L, ESH: 120 mg / h, leukocyte 21380 / mm³. Contrast-enhanced abdominal CT scan in our hospital revealed a great number of renal abscesses with the largest diameter of 3 cm on the left (Figure 1). Empirically meropenem and teicoplanin treatment was started. Abscess drainage was performed by interventional radiology. Drainage material was exudate, and direct neutrophil was observed in direct examination. After the procedure, a positive response was obtained in laboratory tests and clinic. Immunological examinations were planned and normal. Renal ultrasonography and voiding cystourethrography results were normal.

Conclusion: The possibility of renal abscess should be kept in mind in patients with fever, side pain, costovertebral angle tenderness, elevated acute phase reactants and previous urinary system surgery. A well-taken history and suspicion of the presence of renal abscess is necessary for diagnosis. Significant clinical response can be achieved with percutaneous drainage in patients who do not receive clinical response despite appropriate antibiotherapy.

Key words: renal abscess, urinary system surgery, pediatric

Giriş

Renal ve perirenal apse oluşumu çocukluk çağında nadirdir, fakat uzun süreli hastane yatışına, böbrek kaybına ve yaşamı tehdit edebilen sonuçlara yol açabilmesi açısından önemlidir.¹ En sık abdominal ve üriner sistem cerrahisi sonrası meydana gelmekle beraber nadiren sağlıklı çocuklarda da görülebilir. Etiyolojisinde idrar yolu enfeksiyonu, bakteriyemi, vezikoureteral reflü, obstrüktif üropati, renal ven trombozu, renal kalkül ya da renal travma vardır.² Bu çalışmada, üriner sistem cerrahisi sonrası idrar sondası ile takip edilen, sonrasında dirençli ateşleri olan uygun parenteral antibiyotik tedavisine rağmen klinik yanıt alınamayan bir renal apse olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yedi yaşında erkek hasta, 16 gündür ateş ve sol yan ağrısı şikayetleriyle tedavi gördüğü dış merkezden, klinik iyileşme sağlanamaması nedeniyle ileri araştırma için kliniğimize yönlendirildi. Yaklaşık 1 ay önce hipospadias ve sol orşiopeksi operasyonu geçirmiş. Sol testis atrofik olduğu için orşiektomi yapılmış. Hipospadias cerrahisi sonrası 8 gün idrar sondası ile takip edilmiş. İdrar sondası çıkarıldıktan iki gün sonra ateş, kusma, sol yan ağrısı sebebiyle hastaneye başvurmuş. Dış merkezde bakılan batın ultrasonografide pyelonefrit lehine bulgular görülmüş. Hastaya bu klinik tabloyla pyelonefrit tanısı konularak 16 gün boyunca yatırılarak çoklu antibiyoterapi ile tedavi edilen ama uygun parenteral antibiyoterapiye rağmen klinik düzelme olmayan hasta tarafımıza sevk edildi. Özgeçmişinde 3 yaşında bilateral orşiopeksi cerrahisi sonrası sol testisin kısmi indirilmesi dışında patolojik özellik yoktu. Soygeçmişinde babasında çocukluk çağında nefrolitiazis öyküsü, kuzeninde intrauterin hidronefroz tanıları vardı. Fizik muayenesinde bilinci açık, ateşi 38.7°C idi. Sol tarafta kostovertebral açı hassasiyeti vardı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuar sonuçlarında C reaktif protein(CRP) : 121 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı(ESH) :120 mg/h, lökosit 21380/mm³

saptandı. Üre, kreatinin, ürik asit, glukoz ve elektrolitleri normaldi. İdrar incelemesi normal, idrar ve kan kültürü negatifti.

Kontrastlı batın BT'sinde solda en büyüğü 3 cm çapında çok sayıda renal apse tespit edildi (Resim 1). Ampirik olarak parenteral meropenem ve teikoplanin tedavisi başlandı. Girişimsel radyoloji tarafından apse drenajı yapıldı. Drenaj materyali eksuda vasfında idi, direk bakışında silme nötrofil görüldü. İşlemden sonra ateş ve yan ağrısı şikayetleri geriledi. İmmünolojik tetkikleri planlandı. Periferik lenfosit alt grupları (PLAG), T düzenleyici hücreleri (TREG), immünglobulinler, fagoburst normal saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 6,7 mg/L, ESH: 29 mg/h, lökosit 8120/mm³'e geriledi. Hastanın tedavisi tamamlandıktan sonra kontrol batın ultrasonografisi yapıldı, apse olmadığı görüldü. Voiding sistoüretrografi yapıldı, vezikoüretal reflü saptanmadı. Hastamız üç haftalık parenteral antibiyotik tedavisi ve apse drenajının ardından, drenaj kateteri çekilerek taburcu edildi. Taburculuktan 4-6 ay sonra renal dokuyu değerlendirmek için dimerkaptosüksinik asit (DMSA) sintigrafisinin çekilmesi planlandı.

Tartışma

Renal apseler renal enfeksiyonların çok nadir görülen bir formu olmakla birlikte böbrek kaybına hatta ölüme yol açabilir.³

Klinik olarak renal apseler nonspesifik semptomlarla gelebileceği gibi ateş, bulantı kusma, yan ağrısı, karın ağrısı, artmış ESH, lökositoz ve idrar/kan kültürlerinde üremeye başvuru olabilir.⁴ İdrar ve kan kültürleri hastaların yarısından daha azında pozitif olabilmektedir. Renal veya perinefrik apse, hematojen yayılım sonucu gelişirse ve toplayıcı sistemle iletişim kurmazsa veya antibiyotiklerin başlangıcından sonra örnek alındıysa idrar ve kan kültürü çalışmaları normal olabilir.⁵ Bizim olgumuzda ateş yan ağrısı, ESH yüksekliği, lökositoz mevcutken, paranteral antibiyotik tedavisi almadan önce alınan idrar ve kan kültürlerinde üreme görülmemektedir.

En değerli tanı yöntemleri ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) dir. USG renal apseler için daha sensitif, BT ise daha spesifik bulunmuştur.⁶ Bu nedenle ilk tanı yöntemi USG, sonra BT'dir. BT ultrasonografi bilgilerini doğrulamak ya da ultrasonografi tanısı yetersiz olduğu zaman kullanılır.⁷ Bizim olgumuzda dış merkez ultrasonda yalnızca pyelonefrit lehine bulgular olması nedeniyle hastaya kontrastlı batın BT planladık. Kontrastlı batın BT'de sol böbrekte kortikal yerleşimli büyüğü alt polde 3 cm çapa ulaşan apse odakları görüldü (Resim 1).

Renal apsenin başlıca tedavisi uygun parenteral antibiyotik tedavisi ve perkütan veya açık cerrahi drenajdır.⁸ Küçük apselerde (<3cm) 3- 6 hafta paranteral antibiyoterapi önerilir, büyük apselerde (>5cm) drenaj (pekütan veya cerrahi) önerilir. Orta büyüklükteki apselerde (3-5 cm) ise hastanın klinik yanıtına göre her iki tedavi yöntemi de uygulanabilir. Bizim olgumuzda en büyüğü 3 cm olan çok sayıda apse odağı görülmekteydi. Uygun antibiyoterapiye rağmen klinik yanıt alınmadığı için perkütan drenaj tedavisi uygulandı.⁹ Sonuç olarak; ateş, yan ağrısı, kostovertebral açı hassasiyeti, akut faz reaktanlarında yüksekliği ve geçirilmiş üriner sistem cerrahisi olan olgularda nadir de olsa renal apse olasılığının akılda tutulması gerekmektedir. Güzel alınmış bir anamnez ve klinik olarak renal apse varlığından şüphe edilmesi tanı koymak için gereklidir. Uygun antibiyoterapiye rağmen klinik yanıt alınamayan hastalarda perkütan drenaj ile anlamlı klinik yanıt alınabilmektedir.

Kaynakça

- 1 Chen CY, Kuo HT, Chang YJ, Wu KH, Yang WC, Wu HP. Clinical assessment of children with renal abscesses presenting to the pediatric emergency department. *BMC Pediatr.* 2016 Nov 22;16(1):189
- 2 Stephen R, Shapiro MD, Raymond D: *Perinephric and intranephric abscess*In *Current Pediatric Therapy* ed. Gellis&Kagan's. 14. edition 1993 W.B Saunders Pennsylvania, p.378.
- 3 Cancelinha C, Santos L, Ferreira C, Gomes C. Renal abscesses in childhood: report of two uncommon cases. *BMJ Case Rep.* 2014 Mar 26;2014.
- 4 Lee SH, Jung HJ, Mah SY, Chung BH. Renal abscesses measuring 5 cm or less: outcome of medical treatment without therapeutic drainage. *Yonsei Med J.* 2010 Jul;51(4):569-73
- 5 Linder BJ, Granberg CF. Pediatric renal abscesses: A contemporary series. *J Pediatr Urol.* 2016 Apr;12(2):99.e1-5.
- 6 Cheng CH, Tsai MH, Su LH, Wang CR, Lo WC, Tsau YK, et al. Renal abscess in children: a 10-year clinical and radiologic experience in a tertiary medical center. *Pediatr Infect Dis J.* 2008;27:1025-7.
- 7 Gaspari R, Dayno M, Briones J, Blehar D. Comparison of computerized tomography and ultrasound for diagnosing soft tissue abscesses. *Crit Ultrasound J.* 2012 Apr 17;4(1):5
- 8 Stephen R, Shapiro MD, Raymond D: *Perinephric and intranephric abscess*In *Current Pediatric Therapy* ed. Gellis&Kagan's. 14. edition 1993 W.B Saunders Pennsylvania, p.378.
- 9 Wippermann CF, Schofer O, Beetz R, Schumacher R, Schweden F, Riedmiller H, Büttner J. Renal abscess in childhood: diagnostic and therapeutic progress. *Pediatr Infect Dis J.* 1991 Jun;10(6):446-50.

Resim 1: Renal BT'de sol böbrekte kortikal yerleşimli büyüğü alt polde 3 cm çapa ulaşan apseodakları izlenmektedir

