

Ayaktan Antibiyoterapi İle Tedavi Edilen Bir Renal Apse Olgusu

*Ayhan SÖĞÜT¹, **Sevde USLU¹, ***İbrahim ADALETLİ², ****Murat ELEVİLİ¹

1 Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği,
2 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

*Başasistan, ** Araş. Görevlisi, *** Yrd. Doç. Dr., **** Klinik Şefi, Prof. Dr

Yazışma adresi: Ayhan Söğüt, Merkez mah. Gaziosmanpaşa cad. No: 26 D:6, 34160 Güngören / İstanbul
e-posta: ayhansogut29@hotmail.com

ÖZET

On bir yaşındaki kız hasta ateş ve yan ağrısı ile başvurdu. Üriner sistem ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi ile böbrek apsesi tanısı kondu. Hasta, drenaj uygulanmaksızın geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ile evde başarılı bir şekilde tedavi edildi. Yan ağrısı, ateş, lökositoz ve sedimentasyon yüksekliği olan çocuklarda böbrek apsesi ayırıcı tanıda düşünülmeli ve renal apsenin drenaj uygulanmadan evde antibiyoterapi ile tedavi edilebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Renal apse, antibiyoterapi, yan ağrısı

SUMMARY

(A renal abscess case treated with antibiotic at home)

An 11 years old girl applied for fever and flank pain. The diagnosis of renal abscess was made by ultrasound and computerized tomography. The patient was treated at home with broad-spectrum antibiotic therapy but without drainage. Renal abscess must be suspected in the differential diagnosis of children with fever, flank pain, leukocytosis and elevated erythrocyte sedimentation rate and it must be remembered that they may heal with antibiotic therapy without drainage.

Key Words: Renal abscess, antibiotic therapy, flank pain

Not: Bu çalışma I. Uludağ Pediatri Kış Kongresinde poster olarak sunulmuştur (20-23 Şubat 2005-Bursa),

GİRİŞ

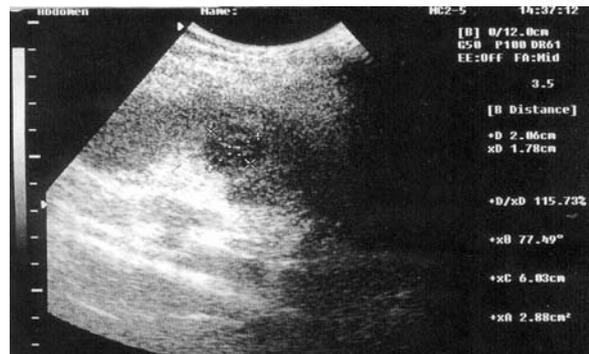
Böbrek apseleri çocukluk çağında nadir görülür (1). Belirtileri genellikle nonspesifik olduğundan tanısı zordur (2). Tanıdaki gecikmeler böbrek hasarı ve morbiditeye neden olabilir (2,3). Bu nedenle erken tanı ve tedavisi zorunludur. En değerli tanı yöntemleri ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT)'dir (4). Etiyolojisinde idrar yolu enfeksiyonu, vezikoüreteral reflü, taş veya bakteriyemi vardır (5,6). Başlıca tedavisi geniş spektrumlu parenteral antibiyotik ve perkutanöz ya da açık cerrahi drenajdır (7,8). Burada biz ateş ve sol yan ağrısı şikayetiyle başvurup böbrek apsesi tanısı konulan ve drenaj uygulanmaksızın ayaktan uygulanan antibiyotik kombinasyonu ile tedavi edilen bir olguyu sunduk.

OLGU

On bir yaşındaki kız hasta bir haftadır devam eden ateş ve sol yan ağrısı şikayetiyle başvurdu. Öyküsünde böbrek taşı, idrar yolu enfeksiyonu ve vezikoüreteral reflü yoktu. Fizik muayenesinde bilinci açık, ateş 38.2° C idi. Sol kostovertebral açıda hassasiyeti

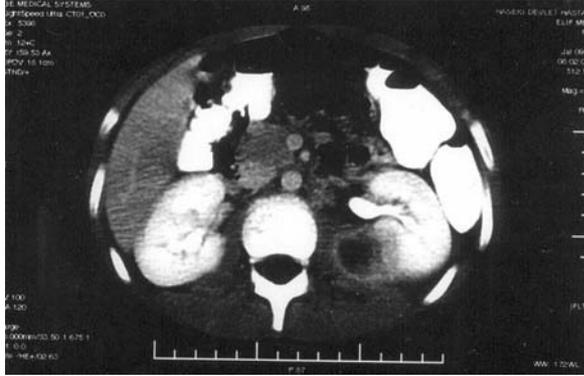
vardı. Karaciğer ve dalak ele gelmiyordu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde lökosit 15.800/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 96 mm/saat, üre, kreatinin, glukoz, kalsiyum, fosfor ve ürik asit değerleri normaldi. İdrar incelemesi normal, idrar ve kan kültürü negatifti. Üriner sistem USG'de sol böbrek parenkiminde parahiler bölgede 3x3 cm boyutunda, düzgün konturlu, içerisinde milimetrik boyutta debrislerin izlendiği hipoekojen lezyon saptandı (**Resim 1**).

Resim 1. Renal USG'de sol böbrek parenkiminde parahiler bölgede 3x3 cm boyutunda, düzgün konturlu, içerisinde milimetrik boyutta debrislerin izlendiği hipoekojen lezyon izlenmektedir.



BT'de sol böbrek parenkiminde parahiler bölgede 3x3 cm boyutunda, santrali kistik-nekrotik, çepersel tarzda kontrast tutulumu gösteren apse formasyonu gözlemlendi (**Resim 2**).

Resim 2. Renal BT'de sol böbrek parenkiminde parahiler bölgede 3x3 cm boyutunda, santrali kistik-nekrotik, çepersel tarzda kontrast tutulumu gösteren apse formasyonu izlenmektedir.



Hasta Çocuk Cerrahisi ile konsülte edildi ve 4 gün hastanede yatırılarak drenaj tedavisi uygulanmaksızın intravenöz sefuroksim sodyum ve oral ornidazol kombinasyon tedavisi başlandı. Klinik yakınmaları düzelen hastanın apse büyüklüğü göz önüne alınarak, tedavisi ayaktan oral sefuroksim aksetil ve oral ornidazol kombinasyonu şeklinde düzenlendi. Haftalık USG kontrolleri yapılan hastanın tedavisi 1 aya tamamlandı. Tedavi sonrası klinik yakınması olmayan, lökosit ve sedimentasyon değerleri normale dönen hastanın renal USG (**Resim 3**), DMSA renal sintigrafisi (**Resim 4**) ve işeme sistoüretrografisi normal bulundu .

Resim 3. Olgumuzun tedavi sonrası çekilen normal renal USG'si.



Resim 4. Olgumuzun tedavi sonrası çekilen normal renal DMSA incelemesi.



TARTIŞMA

Intrarenal apseler kortikal apse ve kortikomeduller apse olmak üzere ikiye ayrılır. Renal kortikomeduller apselerin patogenezinde vezikoüreteral reflü, intrarenal reflü ve üriner sistem obstrüksiyonuna bağlı asandan enfeksiyon rol oynar. Etkin mikroorganizmalar sıklıkla gram negatif bakteriler olup, ayrıca anaerob bakteriler de gözlenmektedir (9,10). Predispozan faktörler böbrek taşı, böbrek yetersizliği ve diabetes mellitus'tur (9,11). Olgumuzda vezikoüreteral reflü, böbrek yetersizliği, böbrek taşı, ya da diabetes mellitus saptanmadı.

Renal apseler ateş, karın ağrısı ve yan ağrısı ile kendini belli eder. Akut dönemde palpable kitle olabilir. Kan sayımında genellikle lökositöz, yüksek sedimentasyon hızı ve formülde sola kayma vardır. İdrar ve kan kültürü her zaman pozitif değildir (1, 12,13). Olgumuzda da ateş ve yan ağrısı şikayetleri mevcut olup, fizik muayenede sol kostovertebral açıda hassasiyeti vardı. Laboratuvar incelemesinde lökositöz ve yüksek sedimentasyon hızı saptandı. İdrar incelemesi normal olup, idrar ve kan kültüründe üreme gözlenmedi.

En önemli tanı yöntemi USG ve BT'dir. USG'de apse, hipoekoik alanlar içeren iyi sınırlı kitle görünümü verir, BT'de ise iyi sınırlı hipodens alanlar tipiktir. BT, sönografik bulguları doğrulamak için ya da sonografi tanısı yetersiz olduğu zaman kullanılır (14,15). USG ve BT %82-90 kesinlikte bu lezyonların tanısını koydurur (4). Biz de tanıyı bu iki görüntüleme yöntemi ile koyduk (**Resim 1 ve 2**).

Ateşli üriner sistem enfeksiyonlu çocukların yaklaşık %50'sinde dimercaptosuccinic acid (DMSA) renal parenkimal tutulum gösterebilir. Eğer DMSA'da akut pyelonefrit saptanmışsa takip eden 5 ay içinde olguların %50'sinde bir skar görülebilir (16). Son zamanlarda Wang ve arkadaşları tarafından renal abseli 7 çocukta yapılan DMSA incelemede hastaların 5'inde renal skar gözlenirken 2 hastada sekelsiz iyileşme gözlenmiştir (17). Bizim hastamızda da tedavi sonrası yapılan DMSA incelemede herhangi bir patolojik lezyona rastlanmadı. Renal apselerin tedavisinde drenaj ve geniş spektrumlu parenteral antibiyotik önerilmektedir (7,8). Tedavide hastaneye yatışı

ve drenajı belirleyen etken apsenin büyüklüğüdür. Elli iki hastayı kapsayan bir çalışmada büyüklüğü < 3 cm olan renal apselerin antibiyotik tedavisi ile etkili bir şekilde tedavi edilebildiği, büyüklüğü 3 ile 5 cm arasında olan apselerde drenaj tedavisinin hastaların % 92'sinde başarılı olduğu, büyüklüğü 5 cm'in üzerindeki apselerde ise drenaj tedavisinin başarısının % 33 ile sınırlı kaldığı ve bu olguların % 37'sinde açık cerrahi girişimin gerekli olduğu gösterilmiştir (18). Üriner sistemi anatomik olarak normal olan 26 hastada yapılan başka bir çalışmada, apse büyüklüğü 3 cm'in altındaki 8 hasta drenaj uygulanmaksızın sadece antibiyotik ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir (19). Molino ve arkadaşları da hastaneye yatış ve drenaj uygulanmaksızın sadece antibiyoterapi ile başarılı bir şekilde tedavi edilen 2 olgu bildirmişlerdir (11). Bizim olgumuzun apse büyüklüğü 3 cm olup, olgumuz drenaj uygulanmadan ayaktan antibiyotik kombinasyonu ile tedavi edilmiştir.

Sonuç olarak ateş, yan ağrısı, kostovertebral açı hassasiyeti, lökositoz ve yüksek sedimentasyon hızı olan olgularda nadir de olsa renal apse olasılığının akılda tutulması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Steele BT, Petrou C, de Maria J. Renal abscess in children. *Urology* 1990;36:325-328.
2. Bellman AB. Genitourinary infections. In: Kelalis PP, King LR, Bellman AB, eds. *Clinical Pediatric Urology*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1985:244-245.
3. Fallon B, Gershon C. Renal carbuncle: diagnosis and management. *Urology* 1981 17:303-309.
4. Barker AP, Ahmed S. Renal abscess in childhood. *Aust N Z J Surg* 1991;61:217-221.
5. Brandeis JM, Baskin LS, Kogan BA, Wara D, Dorenbaum A. Recurrent staphylococcus aureus renal abscess in a child positive for the human immunodeficiency virus. *Urology* 1995;46:246-248.
6. Fowler JE Jr, Perkins T. Presentation, diagnosis and treatment of renal abscesses: 1972-1988. *J Urol* 1994;151:847-851.
7. Caldamone AA, Frank IN. Percutaneous aspiration in the treatment of renal abscess. *J Urol* 1980;123:92-93.

8. Finn DJ, Palestrant AM, DeWolf WC. Successful percutaneous management of renal abscess. *J Urol* 1982;127:425-426.

9. Dougherty FE, Gottlieb RP, Gross GW, Denison MR. Neonatal renal abscess caused by staphylococcus aureus. *Pediatr Infect Dis J* 1991;10:463-466.

10. Brook I. The role of anaerobic bacteria in perinephric and renal abscesses in children. *Pediatrics* 1994;93:261-264.

11. Molino D, Anastasio P, Casoli E, De Santo NG. Renal abscess: recovery without hospitalization and drainage. *Clinical Nephrology* 2001;56:169-171.

12. Greenfield SP, Montgomery P. Computerized tomography and acute pyelonephritis in children. A clinical correlation. *Urology* 1987;29:137-140.

13. Angel C, Shu T, Green J, Orihuela E, Rodriguez G, Hendrick E. Renal and peri-renal abscesses in children: proposed physio-pathologic mechanisms and treatment algorithm. *Pediatr Surg Int* 2003;19:35-39.

14. Kawashima A, Sandler CM, Goldman SM, Raval BK, Fishman EK. CT of renal inflammatory disease. *Radiographics* 1997;17:851-866.

15. Wippermann CF, Schofer O, Beetz R, Schumacher R, Schweden F, Riedmiller H, et al. Renal abscess in childhood: diagnostic and therapeutic progress. *Pediatr Infect Dis J* 1991;10:446-450.

16. Elder JS. Urinary Tract Infections. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17 th ed. Philadelphia: Saunders Company, 2004:1785-1790.

17. Wang YT, Lin KY, Chen MJ, Chion YY. Renal abscess in children: a clinical retrospective study. *Acta Paediatr Taiwan* 2003;44:197-201.

18. Siegel JF, Smith A, Moldwin R. Minimally invasive treatment of renal abscess. *J Urol* 1996;155:52-55.

19. Shu T, Green J, Orihuela E. Renal and perirenal abscesses in patients with otherwise anatomically normal urinary tracts. *J Urol* 2004;172:148-150.