

Tetraplejik Hastada Gelişen Renal Apse Olgusu

A Case of Renal Abscess in a Tetraplegic Patient

Mustafa REŞORLU, Emrah SONBAHAR*, Berkan REŞORLU**, Muhammet ASLAN
 İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, *Üroloji Kliniği, İzmir
 **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Renal apse, böbrek parankimi içerisinde sınırlı pürülan materyal toplanmasıdır. Sıklıkla altta yatan bir üriner sistem hastalığı veya diabetes mellitus zemininde gelişir. Omurilik yaralanmalı hastalarda sık gelişen idrar yolu enfeksiyonları ve üretral kataterizasyon nedeniyle risk altındadır. Ayrıca bu hastaların ağrıyı hissetmemesi tanının atlanmasına ve gecikmesine neden olabilmektedir. Erken ve doğru tanı renal ve perinefrik apselerin seyrinde en önemli faktörlerdir. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2008;54:82-3*

Anahtar Kelimeler: Bilgisayarlı tomografi, tetrapleji, renal apse

Summary

Renal abscess is a localized collection of purulent material inside the parenchyma of the kidney. It is seen more commonly in patients with underlying urinary tract diseases or those with diabetes mellitus. In addition, patients with spinal cord injuries as a result of frequent urinary tract infections and urethral catheterization, are at considerable risk of developing renal abscess. In such patients, unfortunately, sensory loss may lead to late or even incorrect diagnosis. Early and correct diagnosis are essential factors in the outcome of renal and perinephric abscesses. *Turk J Phys Med Rehab 2008;54:82-3*

Key Words: Computed tomography, tetraplegia, renal abscess.

Giriş

Böbrek parankiminin nadir görülen piyojenik bir enfeksiyonu olan renal apse tedavi edilmediğinde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Renal apse oluşumunda sıklıkla altta yatan bir üriner sistem hastalığı veya diabetes mellitus öyküsü mevcuttur. Antibiyotiklerin kullanıma girdiği döneme kadar renal apselerin büyük kısmından hematojen yolla yayılan stafilokoklar sorumlu iken (%80), 1970'lerden günümüze erişkinlerdeki vakaların çoğundan gram negatif organizmalar sorumlu tutulmaktadır (1). Hastaların çoğu sıklıkla yüksek ateş, lomber veya abdominal ağrı, bulantı, kusma, halsizlik gibi şikayetlerle başvuruurlar (2). Hastalarda tipik olarak belirgin lökositoz vardır ve tanı doku planlarını en iyi şekilde ortaya koyduğu için bilgisayarlı tomografi (BT) ile tam olarak konulmaktadır (1). Biz bu yazımızda daimi sondalı tetraplejik bir hastada oluşan renal apse olgusundan bahsetmeyi ve sık geçirilen idrar yolu enfeksiyonları ve üretral kataterizasyon nedeniyle risk altında olan omurilik yaralanmalı hastalarda bu hastalığın da akılda tutulması gerekliliğini vurgulamayı amaçladık.

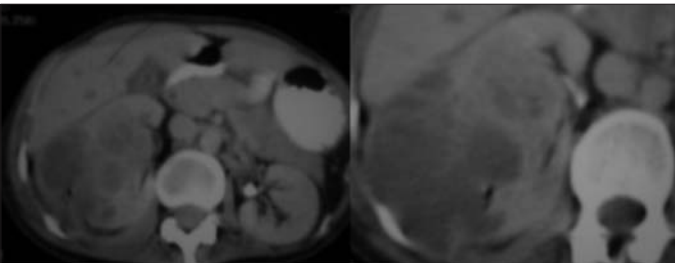
Olgu

Üç yıl önce geçirdiği trafik kazası nedeniyle tetrapleji gelişen daimi sondalı yirmi yaşında kadın hasta yüksek ateş (38,0°C) ve baş ağrısı yakınmaları ile acil servise başvurdu. Hasta; trafik kazası sonrası gelişen C6-7 vertebra kırığı nedeniyle opere edilen, duyu seviyesi C4, motor seviyesi C5 ve nörolojik seviyesi C4 olan komplet ASIA A tetraplejiydi. Hastanın parsiyel korunmuş alanı sağ ve solda motor ve duysal C6 seviyesindeydi. Hastanın oturma dengesi yoktu ve tüm aktivitelerinde bağımlıydı. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü (FBÖ) skoru 49'du. Üst ekstremitelerde dirsek fleksörlerinde grade 1+, her iki diz fleksörlerinde grade 2, ekstensörlerde grade 1+, kalça addüktörlerinde grade 2, ayak bileği plantar fleksör grupta grade 2 spastisitesi mevcuttu. Eklem kontraktürü mevcut değildi. Hastadan alınan anamnezde altı ay öncesine kadar dört saat aralıklarla temiz aralıklı kataterizasyon yaptığı ve antikolinergik tedavi aldığı öğrenildi. Ancak altı ay önce yapılan sistometri incelemesinde mesane kapasitesinin 150 cc'ye kadar azaldığı bu kapasitede mesane içi basınçların yükselerek iki taraflı veziköüreteral reflü geliştiği ve idrar kaçırdığı belirtilmişti.

Bunun üzerine hastaya daimi sonda uygulamasına geçilerek antiko-linerjik dozunun yükseltildiği öğrenildi. Hasta acil servise başvurduğunda en son on gün önce değiştirilmiş 16 F iki yollu foley sondası mevcuttu. Hastanın idrarının pürülan renkte ve tortulu olduğu görüldü. Hastanın öyküsünde son üç yıl içerisinde beş kez geçirilmiş ateşli idrar yolu enfeksiyonu mevcuttu. Yapılan laboratuvar incelemelerinde idrar sedimentinde bol miktarda lökosit görüldü, tam kan sayımında Hgb 8,2 g/dL, beyaz küre sayısı 17000/mm³ idi. Eritrosit sedimentasyon hızı 90 mm/sa, serum C-reaktif protein 31,5 mg/L olarak saptandı. Hastanın karın ultrasonografisinde (USG) sağ böbrek boyutlarında artış ve sağ böbrek üst kutbunda apse ile uyumlu kitlesel imaj tespit edildi. Apsenin tanısını kesinleştirmek ve perinefrik alanları daha iyi değerlendirmek için hastaya bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Kontrastsız ve kontrastlı BT'de sağ böbrek boyutlarında belirgin artış saptandı. Böbrek konturlarının düzensizleştiği, gerota fasyasında kalınlaşma olduğu saptandı. Sağ böbrek üst kutbunda 13x8 cm boyutunda apseye ait görünüm izlendi (Şekil 1). Parenteral antibiyotik tedavisi alan hastanın idrar ve kan kültürlerinde E.coli üredi, hastanın antibiyotik tedavisi kültür sonucuna göre değiştirildi ve hastaya cerrahi apse drenajı uygulandı. Enfeksiyonun tüm klinik ve laboratuvar parametreleri apse drenajından sonra hızla düzeldi. Bir hafta sonra loj dreni alınan hasta taburcu edildi. Hastanın takiplerinde mesane hacmini arttırmak ve bu sayede vezikoureteral reflüyü ve gelişebilecek üst üriner sistem enfeksiyonlarını engellemek amacıyla intravezikal botoks enjeksiyonu ile iki taraflı subüreterik deflüx enjeksiyonu yapıldı ve tekrar temiz aralıklı kataterizasyona geçildi. Hastanın mesane hacminin 300 cc'ye kadar yükseldiği ve altı aylık kontrolünde pyelonefrit atağı geçirmediği görüldü.

Tartışma

Renal apse, böbrek parankimi içerisinde sınırlı pürülan materyal toplanmasıdır (1) ve hematogen yolla gelen gram (+) veya asendan yolla gelen gram (-) mikroorganizmalar tarafından meydana gelmektedir. Titremeye yükselen ateş, karın ve lomber bölgede ağrı, bulantı, kusma, genel durum bozukluğu ve disüri hastalığın semptomları arasındadır. Fizik muayenede flank bölgede kitle ve kostovertebral açığı hassasiyeti vardır. Bu hastalarda tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, üriner sistem taş öyküsü ve diabetes mellitus mutlaka sorgulanmalıdır. Çünkü hastaların büyük kısmında, altta yatan bir üriner anomali veya diabetes mellitus öyküsü vardır. Omurilik yaralanmalı hastalar da sık geçirilen idrar yolu enfeksiyonları ve üriner sistem taş hastalığı, üretral kataterizasyon ve nörojen mesane gibi nedenlerle risk altındadırlar (3,4). Nörojen mesane sonucu oluşan üriner staz, işemenin mesane üzerindeki mekanik yıkayıcı etkisinin ve mesane epitelinin fagositik koruyucu özelliğinin kaybolmasına, ayrıca aralıklı veya daimi kataterizasyon gibi bir uygulamayı zorunlu kılarak enfeksiyonlara olan yatkınlığı artırır (5). Deck ve Yang'ın (4) yapmış olduğu çalışmada, son beş yılda renal ve perirenal apse ile başvuran dört hastanın tümünün altta yatan ciddi nörolojik problemlerinin olduğunu bildirmişlerdir. Nitekim bizim olgumuzda da, hastanın omurilik ya-



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide sağ böbrek boyutlarının arttığı, konturlarının düzensizleştiği görülmektedir. Ayrıca sağ böbrek üst polde 13x8 cm boyutlu apse görünümü izlenmektedir.

ralanmasına bağlı nörojen mesane ve üretral kataterizasyon öyküsü mevcuttu. Bulguların nonspesifik olması nedeniyle hastalığı hikaye ve fizik muayene bulgularına bakarak teşhis etmek güçtür. Zaten tanı ve tedavide gecikmenin en önemli nedeni de bu hastaların idrar yolu enfeksiyonu olduğu kabul edilip uzun süre antibiyotik tedavisi almalarıdır (6). Thorley ve ark. (7), çalışmalarında, en sık konulan yanlış tanının akut idrar yolu enfeksiyonları olduğunu göstermişlerdir. Laboratuvar bulgusu olarak lökositöz önemlidir, apse toplayıcı sisteme açılmadığı sürece piyüri ve bakteriyüri genellikle görülmez. USG renal apseyi göstermenin en çabuk ve en ucuz yoludur, ancak doku planlarını en iyi şekilde ortaya koyduğu için BT tanı koydurucu yöntem olarak kabul edilmektedir (1). Çeşitli çalışmalarda BT'nin renal apseyi tanımlamadaki başarısı %95-100 arasında bulunmuştur (8,9). USG'nin başarısını hasta uyumu ve uygulayıcının deneyiminin de etkileyebileceği göz önüne alındığında, klinik şüphe durumunda bu hastalarda BT'nin önemi ortaya çıkmaktadır (6). Renal apse tanısı konulduktan sonra ilk olarak antibiyotik tedavisi başlanmalıdır, renal apsenin hematogen kökenli olduğu düşünülüyorsa patojen genellikle stafilokoklardır ve penisilinaze dirençli penisilin türevleri tercih edilir (10). Bizim olgumuzda olduğu gibi üriner sistem anomalileri ile birlikte görülen asendan yolla oluşan apselere genellikle gram negatif bakteriler yol açar ve üçüncü kuşak sefalosporinler, aminoglikozitler ve antipsödomonal penisilinler ampirik tedavide tercih edilir. Üç santimetreye kadar olan apselere yeteri kadar erken başlarsa parenteral antibiyotik tedavisi ve dikkatli izlem ile cerrahiye gerek kalmayacağını gösteren ciddi deliller vardır (1,11). Renal apselerin BT veya USG eşliğinde drenajı son yıllarda oldukça yaygın kullanılan bir tedavi yöntemi olmuştur. Ancak 5 cm'den büyük apselere cerrahi drenaj tedavi seçeneği olarak yerini korumaktadır (1).

Omurilik yaralanmalı hastalarda üriner komplikasyonların oluşması önemli bir problemdir, bu nedenle risk oluşturan faktörlerin ortadan kaldırılması ve hastaların ürolojik açıdan düzenli izlenmesi bu hastaların rehabilitasyon programının başarısı açısından göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur.

Kaynaklar

1. Schaeffer AJ. Infections of the urinary tract. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, editors, Campbell's Urology. Philadelphia: WB Saunders, 2002. p. 763-5.
2. Erkan I, Şenel MF. Ürogenital sistemin nonspesifik enfeksiyonları. In: Anafarta K, Göğüş O, Bedük Y, Arıkan N (editors). Temel Üroloji. Ankara: Güneş Kitabevi, 2006. p. 539-47.
3. Gray GJ, Yang C. Surgical procedures of the bladder after spinal cord injury. Phys Med Rehab Clinics North Am 2000;11:57-72.
4. Deck AJ, Yang CC. Perinephric abscesses in the neurologically impaired. Spinal Cord 2001;39:477-81.
5. Mylotte JM, Graham R, Kahler L, Young L, Goodnough S. Epidemiology of nosocomial infection and resistant organisms in patients admitted for the first time to an acute rehabilitation unit. Clin Infect Dis 2000;30:425-32.
6. Dervişoğlu E, Yılmaz A, Şengül E, Çiftçi E, Karali EA. Kronik bakteriyel prostatit olarak uzun süre tedavi edilen kronik böbrek yetmezlikli perinefrik apse olgusu. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2006;15:60-2.
7. Thorley JD, Jones SR, Sanford JP. Perinephric abscess. Medicine 1974;53:441-51.
8. Capitán Manjón C, Tejido Sánchez A, Piedra Lara JD, Martínez Silva V, Cruceyra Betriu G, Rosino Sánchez A, et al. Retroperitoneal abscesses—analysis of a series of 66 cases. Scand J Urol Nephrol 2003;37:139-44.
9. Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JL, Mazzucchi E, Marmo Lucon A, Srougi M. Renal and perinephric abscesses: analysis of 65 consecutive cases. World J Surg 2007;31:431-6.
10. Schiff M Jr, Glickman M, Weiss RM, Ahern MJ, Touloukian RJ, Lytton B, Andriole VT, et al. Antibiotic treatment of renal carbuncle. Ann Intern Med 1977;87:305-8.
11. Hoverman IV, Gentry LO, Jones DW, Guerriero WG. Intrarenal abscess. Report of 14 cases. Arch Intern Med 1980;140:914-6.