

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA BÖBREK ABSESİ

RENAL ABSCESS IN CHILDHOOD

Aysun Karabay Bayazit*, Aytül Noyan*, Gökhan Tümgör*,
Süreyya Soyupak**, Ali Anarat*

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Nefroloji Bilim Dalı* ve Radyodiagnostik Anabilim Dalı**, Balcalı, Adana

ÖZET

Çocukluk çağında böbrek absesi nadir görülmekte olup, hospitalizasyon, drenaj ve antibiyotik tedavisi gerektirir. Bu çalışmada, sadece intravenöz antibiyotik ile tedavi edilen, böbrek absesi iki çocuk hasta sunulmaktadır. Her iki olguda da tanı, ultrasonografi ve kompüterize tomografi ile konmuş olup, hastaların tedaviye yanıtlat ultrasonografi ile takip edilmiştir. Çocukluk çağında böbrek absesi, erken tanınıp, uygun şekilde tedavi edilirse hem böbrek, hem de çocuk açısından iyi prognoza sahiptir.

Anahtar sözcükler: böbrek absesi, çocukluk çağı

SUMMARY

Renal abscess is uncommon in childhood and requires hospitalization, drainage and antibiotic therapy. In this paper, we report two children with renal abscess treated only with antibiotic therapy. The diagnosis had been made by ultrasonography and computed tomography. During the period of treatment a series of ultrasonography were performed to monitor resolution of abscess. The renal abscess in childhood treated in the right time and in the right way have good prognosis for the kidney and the patient.

Key words: renal abscess, childhood

GİRİŞ

Böbrek abseleri çocukluk çağında nadir olup, semptomlarının özgül olmamasından dolayı tanıda güçlüklerle karşılaşılabilir. Geleneksel tam yöntemleri ultrasonografi ve kompüterize tomografi olup, tedavisinde intravenöz antibiyotik, perkütan veya açık cerrahi drenaj yöntemleri kullanılır (1,2). Hayatı tehdit eden vakalarda nefrektomi gerekebilir (1). Bu çalışmada, farklı klinik bulgularla gelen ve böbrek absesi tespit edilen iki çocuk hasta tartışılarak, literatür gözden geçirildi.

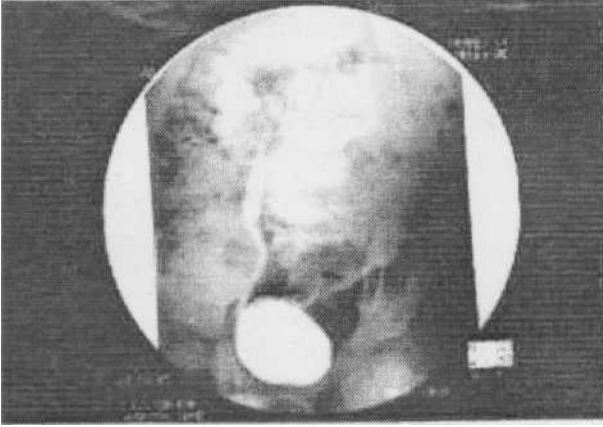
OLGU SUNUMU

Olg 1.

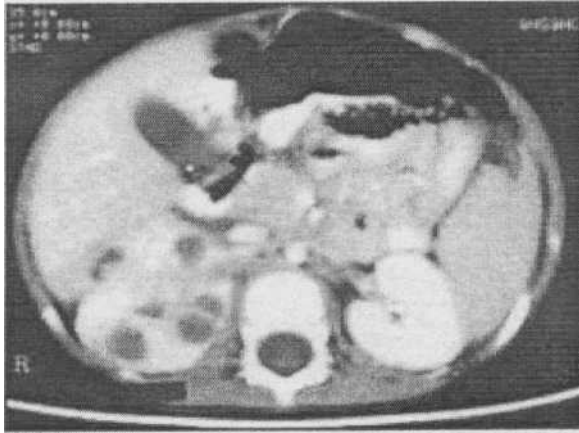
2 yaşında erkek hasta göz kapaklarında karnında şişlik, karın ağrısı, kusma ve ishal nedeniyle başvurdu. Başvurusundan 7 gün önce mide bulantısı, halsizlik ve hafif ateş şikayetlerinin başladığı ve başvurusundan 2 gün önce de karnında ve gözkapaklarında şişme olduğu öğrenildi. FM'de ağırlık: 12.5 kg (50. persentil), boy: 90 cm (75-90 persentil), TA: 120/80 mmHg, Ateş: 38 °C. Gözkapaklarında ödem, batında distansiyon ve sağ hipokondriyal bölgede sağ kosta kenarını 7-8 cm geçen bir kitle tespit edildi.

Laboratuvar bulgularında: Beyaz küre: 18200 mm³, Hct: %24.2, trombosit sayımı: 161000/mm³. Sedimentasyon hızı: 83 mm/saat. BUN: 7 mg/dl, kreatinin: 0.7 mg/dl, elektrolitler normal, CRP:28 mg/dl olarak bulundu. Tam idrar tahlilinde: Görünüm sarı, bulanık, nitrit (+), lökosit esteraz aktivitesi (+), mikroskopisinde bol lökosit, küme lökosit, mebzul bakteri tespit edildi. Batın USG'de bilateral plevral mayi, sol böbrek 75x36 mm boyutlarında, ortalama parenkim kalınlığı 11 mm, parenkim ekojenitesi ve toplayıcı sistem genişliği doğal; sağ böbrek 98x43 mm, ortalama parenkim kalınlığı 13 mm, parenkim ekojenitesi grade I düzeyde artmış olup, parenkim içerisinde hipoekoik lezyonlar ve pelvikaliksiyel sistemde dilatasyon mevcuttu, intraperitoneal minimal sıvı saptandı. Toraks ve üst abdomen batın tomografisinde, sağ minimal plevral mayi, sağ böbrek üst polde daha fazla sayıda olmak üzere multiloküle, kontrastla periferel boyanma gösteren, düşük dansiteli nodüler lezyonlar, enfeksiyone sekonder gelişmiş olan abse odakları olarak düşünüldü (**Resim 1**). Ateşleri intravenöz seftriakson ve amikasin tedavileri ile kontrol altına alınamayan hastanın, idrar kültüründe üreme tespit edilmedi ancak hastanın kan kültüründe klebsiella oxytaca

üredi. Kültür hassasiyetine göre başlanan imipenem tedavisi ile ateşleri kontrol altına alındı. Batın USG ile takipleri yapılan hastanın sağ böbrekteki abse ile uyumlu lezyonları kayboldu. Enfeksiyon bulguları düzeldikten sonra çekilen voiding sistoüretrogramda sağda grade III-IV reflü tespit edildi (**Resim 2**). Dimerkaptosüksinik asit ile yapılan (DMSA) sintigrafisinde sol böbrek normal sınırlarda, sağ böbrek üst polde belirgin azalmış radyofarmositik tutulum mevcuttu. Hastaya üreteroneosistostomi operasyonu kararı verildi.



Resim 1: Bir nolu olgunun konpüterize tomografisinde sağ böbrekte düşük dansiteli lezyonların görünümü



Resim 2: Bir nolu olgunun voding sistoüretrografisinde sağ grade 3-4 rejli

Olgu 2.

Pilor stenozu tanısıyla yenidoğan döneminden beri takip edilen 4 yaşında kız hastanın, başvurusundan 10 gün önce endoskopik inceleme yapıldığı ve işleminden birkaç gün sonra el yakacak kadar ateşi, günde 10'u bulan kanlı ishali ve hamatürisinin başladığı öğrenildi. Fizik muayenede ağırlık: 13.5 kg (5-10 persentil), boy: 103 cm (50-75 persentil), TA: 90/60 mmHg, ateş: 38.5 °C. Soluk

ve halsiz görünümlü olan hastanın yüzünde, ekstremitelerinde ve mukozalarında peteşiler tespit edildi. Laboratuvar bulgularında:

Tam kan sayımı: Hb: 5.4 g/dl, Hct: 16.5 %, beyaz küre sayımı: 16800 mm³, trombosit sayımı: 10000 mm³, sedimantasyon hızı 95 mm/saat olarak tespit edildi. BUN: 9 mg/dl, kreatinin: 0.9 mg/dl, elektrolitler normal, CRP: 78, PT: 17 saniye, PTT: 31 saniye, fibrinojen: 382 mg/dl, FDP >1000; idrar tahlilinde idrar görünümü kanlı, mikroskopisinde mebzul eritrosit ve küme lökosit tespit edildi. Sepsis düşünülen hastaya seftazidim ve amikasin tedavileri başlandı. Taze kan, trombosit, intravenöz immunoglobulin desteğinde bulunuldu. İdrar ve kan kültürlerinde üreme tespit edilemeyen hastanın, batın USG'sinde bilateral böbrekler normalin üst sınırında olup, her iki böbrekte en büyüğü solda 38x33 mm.lik çok sayıda yer yer nodular, yer yer üçgen konfigürasyonlu hipoeoik lezyonlar izlendi. Toplayıcı sistemler doğal olarak değerlendirildi. Üst abdomen tomografisinde her iki böbrek parankim içerisinde üst pollerde daha belirgin olmak üzere en büyüğü sol böbrekte yaklaşık 2 cm boyutunda multiple yer yer nodüler düşük dansiteli lezyonlar mevcuttu. Retroperitoneal patolojik boyutta lenf nodu saptanmadı. Böbrekteki lezyonları abse olarak değerlendirilen hastanın antibiyotiklerine vankomisin tedavisi eklendi ancak bu antibiyotik kombinasyonları ile ateşleri kontrol altına alınamayan hastanın fortum ve amikasin tedavisi 15. günde kesilip ciprofloksasin ve imipenem tedavisi başlandı. Ateşleri düzelen, CRP'si düşen, idrar bulguları düzelen hastanın kontrol ultrasonografi ve batın tomografisinde böbrek içindeki lezyonlarında gerileme olduğu tespit edildi. Hastanın DMSA sintigrafisinde sol böbreğin üst, sağ böbreğin üst ve alt pollerinde parankim hasarını düşündüren sintigrafik bulgular mevcuttu. Voiding sistoüretrogramı normal olan hastanın, taburcu olduktan 3 ay sonra çekilen DTPA ve DMSA sintigrafileri normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Böbrek absesi çocukluk çağında nadir olup, farklı klinik bulgularla seyrederek tanıda güçlüklerle sebep olabilir (1). Çocukluk çağında sebebi bilinmeyen ateşin nadir nedenlerinden birisidir (2). Bazen klinik olarak apendisit, peritonit veya Wilms tümörü ile karışabilir. Uzun süreli yüksek ateş, böğür ağrısı ve kosta vertebral açı hassasiyeti ile birlikte lökositozu ve sedim yüksekliği olan hastalarda böbrek absesinden şüphelenmelidir (3). Normal idrar bulguları ve negatif idrar kültürü hastalığı ekarte ettirmez (3). Bu bilgiyi destekler şekilde, olgularımızın birinde idrar ve kan kültürlerinde üreme tespit edilemez iken, diğerinde sadece kan kültüründe klebsiella oxytaca üredi. Tanı ultrasonografi ve onu destekleyen komputerize tomografi bulgularıyla kondu. Batın ultrasonografisinin ve komputerize tomografinin hastalığın erken tanısında

ve tedaviye verdiği cevabın takibinde çok önemli yerleri vardır. Abse ultrasonografide lokal, sıvı seviyesi gösteren, düşük ekojeniteli yer kaplayan lezyonlar olarak görülürken, kontrastlı tomografide de lokal, sınırları belirgin, ve iv kontrast materyeli ihtiva etmeyen kitle imajı şekilde görülür (1). Absenin tanısı konulur konulmaz ampirik antimikrobiyal ajanlarla tedaviye başlanmalı, daha sonra kültür sonuçlarına göre tedavi yönlendirilmelidir (4). Hastalarda antibiyotik tedavisi ile ilk haftada iyi cevap alınsa bile tedavi en az 4 hafta sürdürülmelidir (5). Her iki olgumuzda da antibiyotik tedavisi 4 haftaya tamamlanmış olup, hastaların poliklinik takiplerinde nüks saptanmamıştır. Böbrek abseli çocukların klinik bulgularında ve lezyonlarında düzelme saptanmaz ise absenin, perkütan veya açık cerrahi tedavi ile drene edilmesi gereklidir (1). Hastalarımızın her ikisinde de böbrekteki abse formasyonu intravenöz antibiyotik tedavisi ile gerileme göstermiş olup, hastaların başlangıçtaki klinik tabloları ağır olmasına rağmen cerrahi tedaviyi gerektirmemiştir.

Abseler, kortikal veya kortikomedüller lokalizasyonda olabilirler (6). Kortikomedüller absenin patogeneğinde üriner sistemin konjenital anomalilerinin zemininde gelişen enfeksiyonlar rol alırken, etiyolojisinde enterik gram negatif basiller, özellikle *E. coli*, daha az sıklıkla *klebsiella* ve *proteus* gibi bakteriler sorumlu bulunmuştur (1). Kan kültüründe *klebsiella oxytoca* üreyen birinci olgunun, enfeksiyonsuz dönemde çekilen voiding sistoüretrografisinde sağ grade III-IV reflü tespit edilmiş olması bu bilgiyi desteklemektedir. Kortikal abseler esas olarak uzak bölgelerden, en büyük sıklıkla deri lezyonlarından hematogen yolla yayılan *Staphylococcus aureus* enfeksiyonu sonucunda gelişir ve antibiyotiklerin günümüzde yaygın kullanımı nedeniyle daha az sıklıkla görülmektedir. Hemodiyaliz ve diabetes mellitus kortikal abselerin gelişimi için predispozan risk faktörleridir (1). Literatürde çocukluk çağında anaerobik mikroorganizmalara bağlı olarak gelişen böbrek abseleri de bildirilmiştir (7). Brook I bir çalışmada perinefrik abseli 6 çocuk ve kortikomedüller abseli 4 çocukta, abse nedeni olarak 20 mikroorganizma tespit etmiştir. Bu

mikroorganizmaların 8 tanesi aerobik veya fakültatif bakteri iken, 2 çocukta anaerobik bakteri, 7 çocukta hem aerobik ve hem anaerobik bakteri izole etmiştir (7). Bu nedenle, böbrek absesi düşünülen olguların kan ve idrar kültürlerinin anaerobik besiyerine de ekilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, tedavisiz kalan böbrek abseleri sepsis gibi ağır komplikasyonların yanında, böbrek fonksiyonlarında bozulmaya ve hastanın kaybına neden olabilir. Bu nedenle, çocuklarda böbrek absesinin erken tanısı ve tedavisi hastalığın prognozunu olumlu yönde etkiler, intravenöz antibiyotik tedavisi ile hastanın klinik durumunda düzelme oluyorsa, ultrasonografi ile absenin durumu takip edilerek tedavi 4 haftaya tamamlanmalıdır. Eğer hastanın klinik durumu düzelmiyor ve abse böbrek çevresine doğru büyüyorsa perkütan veya cerrahi drenaj düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Schaeffer AJ. Infections of the urinary tract. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ (eds): Campbell's Urology, vol 1. Philadelphia: WB Saunders, 1998, ed 7p 533-614.
2. Casullo VA, Bottone E, Herol BC. *Peptostreptococcus asaccharolyticus* renal abscess: a rare cause of fever of unknown origin. *Pediatrics* 2001; 107(1): E11.
3. Steele BT, Petrou C, Maria J. Renal abscess in children. *Urology* 1990; 36(4): 325-328.
4. Wippermann CF, Schofer O, Beetz R, et al. Renal abscess in childhood: diagnostic and therapeutic progress. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10:446-450.
5. Bamberger DM. Outcome of medical treatment of bacterial abscess without therapy drainage: review of case reported in the literature. *Clinical Infectious Disease* 1996; 231: 592-603.
6. Andriole VT. Renal and perirenal abscess. In: Schrier RW, Gottschalk CW, eds. *Disease of the kidney*. Boston: Little, Brown, 1988, 1049-1064.
7. Brook I. The role of anaerobic bacteria in perinephric and renal abscess in children. *Pediatrics* 1994; 93(2): 261-264.