

Bilateral Nefrolitiazisli Yaşlı Olguda Gelişen Dev Retroperitoneal Apse

A Giant Retroperitoneal Abscess Developed in Elderly Patient with Bilateral Nephrolithiasis: Case Report

Pervin ÖZKAN KURTGÖZ,^a
Emine TÜRKOĞLU,^b
Emre KAÇAR,^c
Mustafa KARALAR,^d
Neşe DEMİRTÜRK^b

^aİç Hastalıkları AD,
^bEnfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji AD,
^cRadyoloji AD,
^dÜroloji AD,
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Afyon

Geliş Tarihi/Received: 21.05.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 23.11.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Pervin ÖZKAN KURTGÖZ
Isparta Devlet Hastanesi,
İç Hastalıkları Poliklinik 12, Isparta,
TÜRKİYE/TURKEY
dr.pervinozkan@gmail.com

ÖZET Apse olguları genellikle yüksek ateş, ağrılı ve fluktuasyon veren şişlik, halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi semptomlarla ile karakterizedir. Bazı hastalarda ise örneğin; retroperitoneal apse gibi semptomlar bu kadar belirgin olmayabilmektedir. Daha geç semptom vermesi ve sinsice gelişmeleri nedeni ile tanı ve tedavide gecikme olabilmektedir. Bilgisayarlı tomografi retroperitoneal apse de en iyi tanı yöntemidir. Retroperitoneal alan birçok organla komşu olup, apsenin kaynağı bu organlardan biridir. Yapılan çalışmalarda, üriner/renal taşlar veya bu bölgeye yapılan cerrahi girişimler en sık neden olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada, bilateral nefrolitiazis öyküsü olan, *Escherichia coli* etkenli üriner enfeksiyon için yatarak tedavi alırken retroperitoneal apse gelişen 79 yaşındaki bir kadın olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Apse; retroperitoneal boşluk; nefrolitiazis

ABSTRACT Cases with abscess are generally characterized by symptoms like high fever, painful and fluctuating lump, fatigue, loss of appetite and loss of weight. In some cases, such as retroperitoneal abscess, the symptoms may not be apparent. These cases are usually insidious with late onset of symptoms and this causes difficulty of diagnosis and treatment. Computed tomography is the best diagnostic method in the retroperitoneal abscess. Retroperitoneal space is adjacent to several organs so these organs are the source of abscess. In the studies urinary/renal stones or the surgical procedures performed in this region is reported as the most common cause of abscess. This case is about a seventy nine years old female patient with bilateral nephrolithiasis in her post medical history who was accepted to over clinic for *Escherichia coli* urinary infection and emerged a retroperitoneal abscess under treatment.

Key Words: Abscess; retroperitoneal space; nephrolithiasis

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2016;24(2):137-41

Retroperitoneal apseler nadir olarak görülmektedir. Sinsice gelişmeleri ve çoğu zaman tanılarının gecikmesi nedeni ile ciddi derecede mortalite ve morbiditeyle ilişkilidir.^{1,2} Son dönemlerde görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasıyla tanı koymak daha da kolaylaşmıştır. Bilgisayarlı tomografi (BT), retroperitoneal apse de en iyi tanı yöntemidir. Ultrasonografi (USG) ve BT sadece tanıda değil, yüksek cerrahi riski olan hastalarda terapötik drenajlarda da kullanılabilir.³ USG ve BT eşliğinde yapılan perkütan apse drenajı hem cerrahi drenajın yerini almış hem de mortaliteyi önemli derecede azaltmıştır.⁴

doi: 10.5336/caserep.2015-46266

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

Retroperitoneal enfeksiyonların kaynağı ya retroperitoneal boşluk ya da retroperitonyuma komşu organlardır. Çoğu vaka böbrek orijini olup polimikrobiyaldir. Etiyolojide etken olan mikroorganizmalar sıklıkla stafilokoklar, enterokoklar, *Escherichia coli*, peptostreptokoklar, *Enterobacter* türleri, *Proteus mirabilis* ve *Bacteroides* türleridir.^{1,2}

Bu çalışmada, üriner enfeksiyon tanısı ile yatırılarak tedavi edilirken, ateş ve ağrı yakınması olmadan retroperitoneal apse ile komplike olan bir olgu sunulmuştur. Yatışından itibaren ateş yüksekliği olmayan olguda, günlük fizik muayene sırasında klinik şüphe ile yapılan abdominal USG ve BT'de dev retroperitoneal apse saptandı. Olgu perkütan apse drenajı ve parenteral antibiyotik ile tedavi edildi.

OLGU SUNUMU

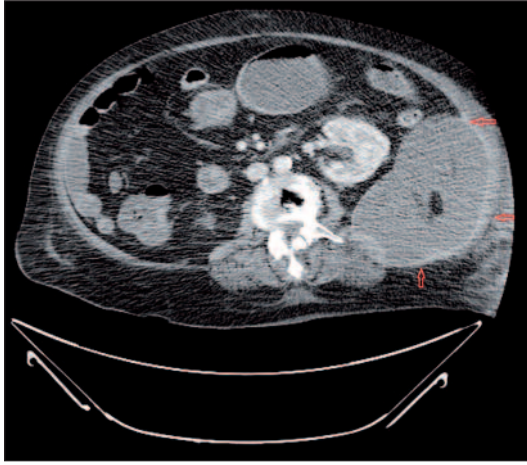
Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınan 79 yaşındaki kadın olgu, birkaç aydır devam eden hâlsizlik, iştahsızlık, yan ağrısı, idrarda yanma şikâyetleriyle polikliniğe başvurdu. Olgunun öyküsünden bilateral nefrolitiazis tanısı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu düşkün, konjonktivaları soluk, akciğerde sol alt zonda raller ve solda belirgin olmak üzere bilateral kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri ve vital bulguları normal bulundu. Yapılan tetkiklerinde piyürisi olması üzerine istenen idrar kültüründe 100.000 koloni oluşturan (birim (cfu)/mL) genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) salgılayan *E. coli* üredi. İstenen akciğer grafisinde infiltrasyon yoktu. Olgunun komplike üriner enfeksiyon tanısı ile ertapenem tedavisi verilmek üzere yatış yapıldı.

Yatışından itibaren hiç ateş yüksekliği olmayan olgunun tam kan sayımında hemoglobin: 10,1 g/dL, beyaz küre sayısı: 10.600/mm³, nötrofil oranı: %74, trombosit sayısı: 321.000/mm³ olarak saptandı. Olgunun anemisi kronik hastalık anemisi ile uyumlu idi. Sedimentasyon: 104 mm/saat, C-reaktif protein (CRP): 15 mg/dL idi. Biyokimyasal kan incelemesinde kan üre azotu: 66 mg/dL, kreatinin: 2,2 mg/dL, albumin: 2,8 g/dL, laktik dehidrogenaz

(LDH): 680 U/L olması dışında patolojik bulgu saptanmadı. Yan ağrısı ve kreatinin yüksekliği nedeni ile istenen renal USG'de bilateral kaliksiyel ve renal pelvis yerleşimli taşlar, sağ böbrek atrofik, sol böbrek boyutları ve parankim kalınlığı normal, sol böbrek pelvikaliksiyel sistemde grade 1 dilatasyon saptandı. Olguya verilen sıvı tedavisi ile kreatinin düzeyi normal seviyelere geriledi. Ertapenem tedavisinin 14 gün verilmesi planlanan olgunun tedavinin 14. gününe rağmen sedimentasyon ve CRP değerlerinde gerileme olmadı, piyürisi devam etti. Klinik olarak kısmi yanıt alınan olgu nefrolitiazis açısından üroloji ile konsülte edildi. Üroloji tarafından nefrolitiazis için operabilite açısından yeniden değerlendirilen olgunun bu süre zarfında antibiyotik tedavisine devam edildi.

Yatışının 16. gününde sol yan ağrısı artan olgunun muayenesinde; sol böbrek lojunda iki-üç gün içinde büyüklüğü artan ve ele gelen, ağrılı, ısı artışı olmayan, fluktuasyon veren şişlik fark edildi. İdrar çıkışı azalan, kreatinin düzeyi yeniden yükselmeye başlayan ve genel durumu kötüleşen olguya istenen acil abdominal USG'de; sol böbrek boyutunda artış, sol pelvikaliksiyel sistemde grade 2 dilatasyon, sol böbrek posteriorunda retroperitoneal bölgede uzun aksı yaklaşık 14-15 cm, içerisinde septasyonlar ve solid komponenti olan heterojen lezyon saptandı ve apse olabileceği düşünüldü. Olguya istenen abdominal BT'de sol infradiyafragmatik alandan başlayarak kaudale, sol inguinal kanal trasesine dek uzanım gösteren, posterior pararenal aralık ve retrokolik alanı dolduran, geniş yerinde yaklaşık 14x10 cm transvers boyutlara ulaşan dev sıvı koleksiyonu saptandı (Resim 1). Olguya yatışında istenen renal USG'de benzer bulguların olmayışı ve sol yandaki şişliğin yeni başlaması nedeni ile olay akut olarak değerlendirildi.

Radyoloji ile konsülte edilen olguya perkütan apse drenajı yapıldı. Drenaj sonrası istenen apse kültüründe de GSBL pozitif *E. coli* üredi. Ancak, apse ertapenem tedavisi altında ve hastane koşullarında iken geliştiği için, tedavi polimikrobiyal etiyojiye karşı *Pseudomonas* da kapsayacak şekilde meropenem ile değiştirildi. Yaş ve genel durum bozukluğundan dolayı nefrolitiazis nedeni ile üro-



RESİM 1: Aksiyel abdomen bilgisayarlı tomografi kesitinde; solda posterior pararenal aralığı dolduran, böbrekte anteriora ve mediale itilmeye neden olan büyük boyutlu sıvı koleksiyonu izlenmekte.

loji tarafından opere edilemeyen, idrar çıkışı azalan olguya, kreatinin düzeyi artması ve sol böbrekte grade 2 dilatasyon olması nedeni ile “double J stent (DJS)” takıldı. Apse drenajı ve DJS takılması sonrası olgunun genel durumu iyileşti, hâlsizlik ve iştahsızlığı azaldı, kreatinin düzeyleri normal seviyelere geriledi; olgu mobilize hâle geldi. Olgunun yatışı esnasındaki kan değişim değerleri Tablo 1’de görülmektedir.

Günaşırı abdominal USG ile yapılan izlemlerinde apsesi gerileyen olgunun drenaj kateteri çekildi ve meropenem tedavisi 21. güne tamamlandı. Genel durumu stabilleşen olgu poliklinikten izlenmek üzere önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA

Retroperitoneal aralık üç bölüme ayrılmaktadır: Posterior pariyetal plevra ile anterior renal fasiya

arasındaki mesafe anterior pararenal aralık; anterior ve posterior renal fasiya arasındaki alan perinefritik mesafe; posterior renal fasiya ile fasiya transversalis arasındaki mesafe ise posterior pararenal aralıktır. Retroperitoneal apseler bu boşluklardaki organlarla ilişkilidir. Anterior pararenal aralıktaki apseler kolon, duodenum ve pankreasla ilişkili; perinefritik mesafedeki apseler böbrek ve surrenallerle ilişkili; posterior pararenal aralıktakiler ise süperatif renal enfeksiyonlar ve psoas kasiyla ilişkilidir.^{5,6} Retroperitoneal alandaki enfeksiyonlar üstte mediasten ve karaciğere, altta pelvis ve uyluğa kadar yayılım gösterebilmektedir.^{7,8} Çalışmamızda, bilateral nefrolitiazise bağlı gelişen posterior pararenal aralıkta oluşan dev retroperitoneal apseli olgu sunulmuştur.

Retroperitoneal apselerin patofizyolojisi ile ilgili ileri sürülen mekanizmalardan biri; intrapelvik basıncı artıran tıkaçıcı ve enfektif taşın fulminan piyelonefrite neden olarak parankim yıkımını artırmasıdır. Diğer ana mekanizma ise gram negatif sepsise sekonder gelişen, böbreğin kortikomedüller alanında rüptüre olmuş apse odakları olarak düşünülmüştür. Bildirilen vakaların %30’unda ise mikroorganizmaların fronküllerden ve primer pulmoner lezyonlardan hematogen yolla renal kortekste apse oluşturarak perinefritik apse oluşumuna ilerlediği görülmüştür.⁹

Manjón ve ark.nın çalışmasında, 66 retroperitoneal apseli hastada en sık predispozan faktörün renal ya da üriner taşların olduğu saptanmıştır.¹⁰ İkinci sıklıkta predispozan faktör ise ürolojik cerrahi girişimler olarak saptanmış olup, son dönemdeki yayınlarda cerrahi girişimler ilk sırayı almaktadır. Çalışmada hastalarda başvuru anında

TABLO 1: Olgunun yatışı ve izlemi esnasındaki kan değeri değişiklikleri.

	Normal değerler	İlk muayenesi	Apse tanısı konduğunda	Apse drenajı sonrası
Hb (g/dL)	12-17	10,1	8,9	12,5
WBC ($\times 10^3/u$)	4-10	10,6	13,1	8,3
Plt ($\times 10^3/u$)	160-450	321	423	187
CRP (mg/dL)	0-0,8	15	13	0,6
Sedimentasyon (mm/saat)	1-15	104	96	10
Kreatinin (mg/dL)	0,1-1,2	2,2	2,5	0,6

Hb: Hemoglobin; WBC: Lökosit; Plt: Platelet; CRP: C-reaktif protein.

ateş yüksekliği, yan ağrısı, yan bölgede kitle en sık saptanan semptom ve bulgulardır. Hastaların kültüründe en sık izole edilen mikroorganizmalar gram-negatif basiller olup, en sık *P. mirabilis* ve *E. coli*'dir. Elli sekiz hastanın idrar kültür sonuçlarına ulaşılmış ve 34 hastanın kültüründe üreme saptanmamıştır. Hastaların tanısı USG ve BT ile konulmuş olup, tedavileri antibiyotik, cerrahi/perkütan apse drenajı ile yapılmıştır.¹⁰ Coelho ve ark.nın 65 renal ve perinefritik apseli hasta ile yaptıkları retrospektif çalışmada ise en sık predispozan faktörler kontrolsüz diyabet ve üriner taşlar olarak saptanmıştır.¹¹ Hastaların kültürlerinde en sık görülen mikroorganizmalar *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* ve *P. mirabilis*'tir. Hastalardan 33'ü perinefritik apse olup, üç hastanın apse boyutu <3 cm olduğu için sadece antibiyotik ile tedavi edilmiştir. Geriye kalan hastalar ise perkütan/cerrahi drenaj ve nefrektomi ile tedavi edilmiştir.¹¹ Benzer şekilde, bizim olgumuzda da yan ağrısı ve sol yanda ele gelen şişlik mevcuttu. Apsenin kaynağı renal enfeksiyon olarak düşünüldü. Burada ilginç olan, olgunun enfeksiyonu ile uyumlu antibiyotik tedavisi altında iken, apsenin ateş yüksekliği olmadan ani başlayan ağrı ile semptom vermesidir. Günlük fizik muayenelerde apse gelişiminin fark edilememesi, hastanın genel durumunun iyi olması, belirgin ve giderek artan ağrı değil ani gelişen yan ağrısının olması; apsenin başlangıçta saptanmasını engellemiştir. Apseden şüphelenildiği anda tanı USG ve BT ile konulmuş olup, tedavide antibiyotik verilerek beraberinde USG eşliğinde perkütan apse drenajı yapılmıştır. Tedaviye hızlı şekilde yanıt alınmıştır. Olgumuzun yaşlı olması apse bulgularının silik olmasına neden olmuş olabilir. Bu nedenle yaşlı hastalarda, komplike enfeksiyonlarda çok dikkatli

olunmalı, hastalarda belirgin klinik bulgu vermeden ciddi komplikasyonlar gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

USG <2 cm retroperitoneal apseleri görüntülemeye yetersizdir. BT tüm serilerde tanı koymada en duyarlı ve özgül teknik olarak bildirilmiştir.^{4,5,12} Çoğu apse tedavisi drenaj gerektirmektedir, ancak apse <3 cm ve hastanın genel durumu iyi ise uzun süre antibiyotik vererek tedavi edilebilir.¹² Son yıllarda perkütan apse drenajı cerrahi apse drenajının yerini almıştır. Mortalite ve morbiditeyi büyük oranda azaltması, nüks riskinin minimum olması, hastanede yatış süresini ve maliyeti azaltması, genel anestezi ve cerrahi risklerin olmayışından dolayı cerrahi drenaja üstündür. Drenaja yanıt; klinik, drenaj özellikleri ve radyolojik bulgularla takip edilir. Klinik takip; ateş, lökositoz, lokal hassasiyet ve ağrıdaki değişikliklerdir. Ateş 48 saat sonra düşmekte, lökositoz bir haftada gerilemekte, lokal hassasiyet ve ağrı ise hemen kaybolmaktadır. Drenaj başarılı ise; drenaj miktarı günlük 5-10/mL gün düzeyine inmekte ve irrigasyon mayisi temiz gelmektedir. Radyolojik izlemde de USG ve BT ile kavite boyutlarının küçüldüğü görülmelidir.⁶ Bizim olgumuzda da perkütan apse drenajı ve meropenem tedavisi ile iyi yanıt alınmış, olgunun klinik ve laboratuvar bulguları bir hafta içinde düzelmiştir.

Sonuç olarak; komplike üriner enfeksiyonu olan yaşlı hastalarda sinsi gelişen retroperitoneal apseler önemli bir komplikasyon olabilir. Hastaların belirgin klinik yanıt vermemesi, ciddi komplikasyonların atlanmasına sebep olabilir. Bu nedenle, özellikle yaşlı hastaların günlük fizik muayenelerinin yapılması ve en ufak şüphede radyolojik tanı yöntemlerinin kullanılması özellikle önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ioannidis O, Kakoutis E, Katsifa H, Rafail S, Chatzopoulos S, Kotronis A, et al. Streptococcus mutans: a rare cause of retroperitoneal abscess. *Adv Med Sci* 2011;56(1):113-8.
2. Patel BC, Wayangankar SA, Ngo E, Chakrabarty S, Bronze MS. Primary retroperitoneal abscess caused by *Candida glabrata*. *Am J Med Sci* 2012;344(4):332-4.
3. Tunuguntla A, Raza R, Hudgins L. Diagnostic and therapeutic difficulties in retroperitoneal abscess. *South Med J* 2004;97(11):1107-9.
4. Fowler J, Perkins T. Presentation, diagnosis and treatment of renal abscesses: 1972-1988. *J Urol* 1994;151(4):847-51.
5. Tejido Sánchez A, Jiménez de la Peña MM, Duarte Ojeda JM, Villacampa Aubá F, Martín Muñoz MP, Lozano Ojeda F, et al. [Percutaneous treatment of retroperitoneal abscesses]. *Actas Urol Esp* 2000;24(2):131-7.
6. Akhan O. [Percutaneous drainage of abdominal abscess]. *ANKEM Derg* 1991;5(3):352-6.
7. Stevenson EO, Ozeran RS. Retroperitoneal space abscesses. *Surg Gynecol Obstet* 1967;128(6):1202-8.
8. Haddad MC, Hawary MM, Khoury NJ, Abi-Fakher FS, Ammouri NF, Al-Kutoubi AO. Radiology of perinephric fluid collections. *Clin Radiol* 2002;57(5):339-46.
9. Gardiner RA, Gwynne RA, Roberts SA. Perinephric abscess. *BJU Int* 2011;107(Suppl 3):20-3.
10. 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(2):139-44.
11. 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(2):431-6.
12. Edelstein H, McCabe. Perinephric abscesses. Modern diagnosis and treatment in 47 cases. *Medicine (Baltimore)* 1988;67(2):118-31.