
Piyonefroz ile Seyreden Bir Bruselloz Olgusu

Hayrettin AKDENİZ*, Hasan KARSEN*, Muret ERSÖZ ARAT*,
Turan BUZĞAN**, Kubilay YAPICI*

* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, VAN
** S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ANKARA

ÖZET

Bu makalede, üretero-pelvik bileşkedeki darlığın sebep olduğu grade IV hidronefroz-piyonefroz, plevral efüzyon, batında yaygın asit, hepatosplenomegali kliniği ile seyreden bir bruselloz olgusu sunuldu. Yirmialtı yaşındaki erkek hasta medikal ve radyolojik girişimle tedavi edildi. Hastaya sol nefrektomi önerildi, ancak kabul etmedi.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Hidronefroz, Piyonefroz, Plevral efüzyon, Asit

SUMMARY

A Case of Brucellosis Presenting with Pyonephrosis

In this paper, a case of brucellosis presenting with a clinical picture of grade IV hydronephrosis-pyonephrosis caused by stricture in ureteropelvic junction, pleural effusion, widespread ascites in abdomen and hepatosplenomegaly is presented. Twenty-six-year-old male patient was treated with medical and radiological intervention. Left nephrectomy was advised to the patient but he did not accept it.

Key Words: Brucellosis, Hydronephrosis, Pyelonephritis, Pleural effusion, Ascites

Bruselloz, infekte hayvanlardan insanlara doğrudan ya da dolaylı temas yolu ile bulaşan bir zoonozdur^[1]. Diğer sistemik enfeksiyon hastalıklarında olduğu gibi birçok sistem tutulumu ile ortaya çıkabilmektedir. Bu sistemlerden biri de genitoüriner sistemdir. Brusellozda genitoüriner sistem komplikasyonları %10-20 oranında görülür^[2]. Epididimoorşit, prostatit, seminal vaskülit, amenore, tubo-ovarian apse, akut piyelonefrit, glomerülonefrit ve masif proteinüri görülebilmektedir^[3]. Hastaların %70'inde gastrointestinal tutulum vardır ve karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal, konstipasyon gibi belirtilerle seyredebilir^[4]. Brusellozun komplikasyonları arasında piyonefroz nadir görüldüğünden bu olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Yirmialtı yaşında erkek hasta, yaklaşık 10 gün önce başlayan ateş, üşüme, titreme, iştahsızlık, gece terlemesi, bulantı-kusma, karın ağrısı ve baş ağrısı şikayetleriyle bir başka hastanenin genel cerrahi kliniğinde yedi gün takip edilmiş. Bu sürede ampisilin tedavisi verilmiş. Hastanın kliniğinde düzelme olmaması üzerine hastanemize sevk edilmiş. Acil serviste görülen hastanın Rose Bengal testinin pozitif bulunması üzerine kliniğimize yatırıldı.

Fizik muayenede ateş 37°C, nabız 85/dakika, arteriyel kan basıncı 110/80 mmHg, karaciğer kot kavsinin 2 cm altında palpe edildi. Traube alanı per-

küsyonla kapalı ve traube alanından başlayıp sol inguinal bölgeye kadar inen, dalak izlenimi veren kitle palpe edildi. Sol üst kadranda palpasyonla ağrılı olup diğer sistem muayeneleri normal idi. Özgeçmişinde taze peynir tüketme hikayesi mevcuttu. Ayrıca, ailenin hayvancılıkla uğraştığı ve hayvanlarında sık sık abortus (yavru atma) olduğu belirlendi.

Laboratuvar incelemelerinde, idrar tetkiki tamamen normal bulundu. Eritrosit sedimentasyon hızı 29 mm/saat, hemoglobin 10 g/dL, beyaz küre sayısı 9500/mm³, protrombin zamanı 18 saniye, parsiyel tromboplastin zamanı 25.2 saniye, C-reaktif protein (CRP) 256 mg/dL, serum alanin aminotransferaz (ALT) 89 IU/dL, serum aspartat aminotransferaz (AST) 66 IU/dL ve Gruber-Widal testi negatif idi. Brusella standart aglutinasyon testi (SAT) 1/1280 titrede pozitif olarak değerlendirildi.

Üst abdomen ve üriner sistem ultrasonografisinde sol böbrek 220 mm ebadında olup, yoğun debris (ölü doku) içermekte idi. Yer yer hava-sıvı seviyeleri ve milimetrik kalkül imajları izlendi (Resim 1). Dalagın, sol böbreğin kitle etkisine sekonder olarak yukarıya doğru yer değiştirdiği saptandı. Karaciğer 179 mm boyutlarında olup batında yaygın asit saptandı. Hastaya rifampisin 600 mg/gün oral, doksisisiklin 200 mg/gün oral ve seftriakson 4 g/gün intravenöz (IV) olarak başlandı.

Tüm abdomen tomografisinde, akciğer bazalinde bilateral pleval efüzyon, batında yaygın asit, karaciğer 180 mm, dalak 170 mm, sol böbrekte renal parankim incelmış, grade IV hidronefroz (üretero-pelvik bileşke darlığına sekonder piyonefroz) saptandı (Resim 2). Tetkik için pleval efüzyon ve asit sıvısı alınmaya çalışıldı, ancak alınamadı. Hastanın piyo-



Resim 1. Hastanın sol renal ultrasonografisi.



Resim 2. Hastanın kontrastlı tomografisinde sol böbreğin pü ile dolmuş ve büyümüş görüntüsü.

nefroz tespit edilen böbreğine ultrasonografi eşliğinde kateter yerleştirildi. Pürülan sıvıdan yapılan kültürde üreme olmadı. Ayrıca, birkaç kez alınan kan kültüründe de herhangi bir bakteri üremedi. Hastanın sol böbrek pelvisinden 14 gün boyunca toplam 2850 mL pürülan sıvı drene edildi.

Yedinci günden sonra ateşi düştü. Karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri de geçti. Yatışının ikinci haftasında tüm laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Yatışının 15. günü yapılan üriner sistem ultrasonografisinde, sol böbrekte piyonefroza ait bir bulgu saptanmadı. Batında asit ve pleval efüzyon da izlenmedi. IV piyelografi, antegrad ve retrograd piyelografide üretero-pelvik bileşkede darlık ve sol böbrek fonksiyonunu tamamen kaybetmiş olarak değerlendirildi. Piyonefroza ait klinik ve radyolojik bulguların düzelmesi üzerine kateter çıkarıldı. Dördüncü hafta sonunda seftriakson tedavisi sonlandırıldı. Hasta iki hafta sonra kontrole gelmek üzere rifampisin ve doksisisiklin tedavisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Türkiye'de endemik bir infeksiyon olan bruselloz, asemptomatik hastalıktan farklı organ ve sistem tutulumlarına kadar değişebilen klinik şekillerle seyredebilmektedir^[5]. Hastalık sırasında meydana gelen bakteremi nedeniyle, brusella birçok organa yerleşebilmektedir. Bunlar arasında kas-iskelet sistemi, gastrointestinal sistem (GIS), santral sinir sistemi (SSS) ve genitoüriner sistem ön sırada yer almaktadır^[6].

Bruselloz tanısında altın standart, etkenin izolasyonu olmakla birlikte, serolojik incelemeler, erken tanı için sıkça başvurulan yöntemlerdir. Özellikle önceden antibiyotik kullanılan hastalarda kültür negatifliği sık görülür^[1]. Olgumuzda da kan ve pürülan sıvıdan yapılan kültürlerde üreme olmadı. Bunun nede-

ni olarak hastanemize başvurmadan önce kullanmış olduğu antibiyotikler düşünüldü. Olgumuzda tanı, serolojik olarak konuldu.

Brusella infeksiyonu seyrinde böbrek tutulumu, uzun yıllardan bu yana bilinmektedir. Hatta böbrek tutulumunun bilinenden daha fazla olduğu bildirilmiştir^[7]. Olgumuzda grade IV hidronefroz-piyonefroz saptanmıştır ve biz bu piyonefrozun altta yatan üretero-pelvik bileşkedeki darlık zemininde geliştiğini düşünmekteyiz. Herrero Polo ve arkadaşları, radyolojik olarak bir hastanın böbreğinde irregüler kalifiye kitle ve böbrekte fonksiyon kaybı tespit ettiklerini ve hastaya nefrektomi yapıldıktan sonra elde edilen pürülan materyalin kültüründe *Brucella melitensis* ürettiklerini bildirmişlerdir^[8]. Şahin ve arkadaşları, 32 brusellozlu olguda böbrek tutulumunu değerlendirmiş ve dikkat çekici oranda proteinüri, hematüri, bilirubinüri ve idrarda ürobilinojen artışına rastlamışlardır^[9]. Olgumuzda görülen plevral efüzyon, hepatosplenomegali, batında asit ve karaciğer enzimlerinde artış, brusella tedavisinin 14. gününde tamamen düzelmiştir. Bunlar brusellozun pulmoner sistem ve GIS komplikasyonları arasında yer almaktadır^[10].

Brusellozun komplikasyonlarını ve relapsı önlemek için yeterli süre ve uygun kombinasyonda tedavi verilmelidir. Olgumuz da komplikasyonlu bir olgu olduğundan üçlü antibiyotik başlanmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Seftriakson, primer olarak safra yoluyla atıldığından yan etki açısından böyle bir vakada kombinasyon için uygun görülmüştür. Al-Idrissi ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, bruselloz tedavisinde 2 g/gün seftriakson kullanımının yeterince etkili olmadığını; 4 g/gün kullanımının daha etkili olduğunu bildirmişlerdir^[11]. Tedavi süresi, hastanın kliniğine ve laboratuvar değerlerine göre düzenlenmelidir^[12]. Olgumuza dört hafta rifampisin, doksisiklin ve seftriakson tedavisi verilmiş; daha sonra iki hafta da rifampisin ve doksisiklin ile tedaviye devam edilmiştir. Ancak hastamız kontrole gelmediğinden gerekli planlama yapılamamıştır.

Sonuç olarak, brusella hastalığı değişik klinik formlar ve komplikasyonlarla karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle endemik olan bölgelerde piyonefrozun ayırıcı tanısında bruselloz da düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Young EJ. Brucellosis: Current epidemiology, diagnosis and management. *Curr Clin Top Infect Dis* 1995; 5:115-28.
2. Ibrahim A, Awad R, Shetty SD. Genito-urinary complications of brucellosis. *Br J Urol* 1998;61:264-8.
3. Madcour MM, Kasper DL. Brucellosis. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al (eds). 15th ed. International edition. Mc Graw-Hill Co, 2001:986-90.
4. Ablin J, Mevorach D, Eliakim R. Brucellosis and the gastrointestinal tract. *J Clin Gastroenterol* 1997;24:25-9.
5. Şenol Ş, Yamazhan T, Gökengin D. Akut prostatit ile seyreden seronegatif bir bruselloz olgusu. *Klinik Dergisi* 2004;17:209-10.
6. Yamazhan T, Saydam C. İki olgu nedeni ile atipik bruselloz. *İnfeksiyon Dergisi* 1998;12:423-5.
7. Sirmatel F, Bozkurt O, Tırker DM. Brusellozde klinik ve laboratuvar bulgularının retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Anadolu Tıp Dergisi* 2000;3:195-9.
8. Herrero Polo E, Andreu Garcia A, Alapont Alacreu JM. Renal Brucellosis: An exceptional pathology. *Arch Esp Urol* 2004;57:1130-3.
9. Şahin İ, Arabacı F, Şahin HA, Üstün Y, Mercan R, Eminov L. Brusellozda böbrek tutulumu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003;12:20-3.
10. Young EJ. *Brucella* species. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 4th ed. Churchill Livingstone, 1995:2053.
11. Al-Idrissi HY, Uwaydah AK, Danso KT, Qutub H, Al-Mousa MS. Ceftriaxone in the treatment of acute and subacute human brucellosis. *J Int Med Res* 1989;17:363-8.
12. Arevalo Lorido JC, Carretero Gomez J, Romero Requena J, Bureo Dacal JC, Vera Tome A, Bureo Dacal P. Brucellar spondylitis and meningoenzephalitis: A case report. *The Netherlands J of Medicine* 2001;59:158-60.

Yazışma Adresi:

Dr. Hasan KARSEN

Halilağa Mahallesi

Erkam Sitesi B Blok No: 4

VAN

e-mail: hasankarsen@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 29.12.2005

Kabul Tarihi: 27.04.2006