

Renal Transplantasyon Sonrası Pyonefroz Nedeniyle Yapılan Bilateral Nativ Nefrektomi

Bilateral Native Nephrectomy Due to Pyonephrosis Following Renal Transplantation

Mehmet Erikoğlu, Gürcan Şimşek, Şakir Tavlı

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Konya

Özet

Transplantasyon sonrası Nt. N (nativ nefrektomi) sık uygulanan bir işlem değildir. Çünkü böbreklerin organizmada önemli endokrin fonksiyonları vardır. Bu nedenle transplantasyon sonrasında nativ böbrekler yerinde bırakılmaktadır. Kırk sekiz yaşında bayan hasta; karın ağrısı, bulantı, kusma ve ateş yakınmalarıyla acil servise başvurmuş. Hastanın özgeçmişinden yaklaşık 30 ay önce kadeverik böbrek nakli geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede tüm karında yaygın hassasiyet ve rebaund tespit edildi. İdrar sedimentinde bol lökosit ve eritrosit vardı. Sıvı replasmanı ve uygun antibiyoterapiye rağmen sepsis bulguları gerilemeyen hasta opere edildi. Hastaya orta hat insizyondan iki taraflı Nt. N yapıldı. İki taraflı Nt. N nadir uygulanan bir operasyondur. Bu olguda tekrarlayan nativ böbrek enfeksiyonu nedeniyle gelişen sepsis ve akut batın tablosu iki taraflı Nt. N başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Ancak bu olgunun sık tekrarlayan böbrek enfeksiyonları olması nedeniyle sepsis ve akut batın tablosu gelişmeden önce daha iyi şartlarda Nt. N yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Bu şekilde morbidite ve mortalitenin azalacağı ve transplante böbreğin daha uzun ömürlü olacağını düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Böbrek transplantasyonu, piyonefroz, nefrektomi.

Abstract

Nt. N (native nephrectomy) is not a frequently performed procedure following transplantation because the kidneys have important endocrinal functions in the organism. Therefore, native kidneys should not be displaced following transplantation. A 48-year-old female patient presented to the ER (emergency room) with complaints of abdominal pain, nausea, vomiting and fever. The patient's history revealed that she had undergone cadaveric renal transplant about 30 months ago. Examination showed that there was comprehensive sensitivity and rebound all about the abdomen. Her urinary sediment contained an ample amount of leucocytes and erythrocytes. The patient who did not show any improvement regarding the sepsis indications in spite of liquid replacement and appropriate antibiotherapy was taken into surgery. The patient received bilateral Nt. N from the midline incision. Bilateral Nt. N is a rare procedure. Sepsis and acute abdomen problems brought about by recurrent native renal infections of the patient were successfully treated by bilateral Nt. N. We think that for this case native nephrectomy should have been performed under better conditions before development of sepsis and acute abdomen conditions due to recurrent renal infections.

Key words: Renal transplantation, pyonephrosis, nephrectomy.

Giriş

Nt.N (Nativ nefrektomi) böbrek transplantasyonu yapılan veya yapılacak vakalarda nadiren uygulanan bir prosedürdür. Ancak çok özel durumlarda yapılması kaçınılmaz olmaktadır. Çünkü native böbreklerin glomeruler filtrasyon dışında endokrin ve immün sisteme ait fonksiyonları da vardır. Nakil sonrası 6. aydan sonra enfeksiyon sıklığı toplumdakine benzer olup üriner sistemde anomalisi olan veya kateterizasyon uygulanan hastalarda siktir (1). Böbrek nakli yapılan hastalarda üriner enfeksiyon oranları yüksek olsa da native böbreğe ait enfeksiyonlar sık karşılaşılan bir klinik tablo değildir (2). İki taraflı Nt.N sınırlı endikasyonlarda tercih edilmektedir. Castaneda ve ark. iki taraflı Nt.N'yi sıklıkla eritrositoz, medikal tedaviye dirençli hipertansiyon ve tekrarlayan inatçı üriner sistem enfeksiyonlarında uyguladıklarını

belirtmektedirler (3). Bu olgu sunumunda nakil sonrası karın ağrısı ve ateş nedeniyle başvuran sepsisli bir hasta için yapılan iki taraflı Nt. N literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU

Kırk sekiz yaşında bayan; karın ağrısı, bulantı, kusma ve ateş yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinden; her iki böbreğinde taş hastalığı olduğu ve 30 ay önce kadeverik böbrek nakli uygulandığı öğrenildi. Anamnezinde ve tıbbi kayıtlarında vezikoureteral reflü lehine bulgu yoktu. Nakil sonrası hasta sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş ve yatarak tedavi görmüştü. Fizik muayenede tüm karında yaygın hassasiyet ve rebaund tespit edildi. İdrar sedimentinde bol lökosit ve eritrosit vardı. WBC:12.600/mm³, BUN:102mg/dl, kre:3,30 mg/dl, Hb: 9.4

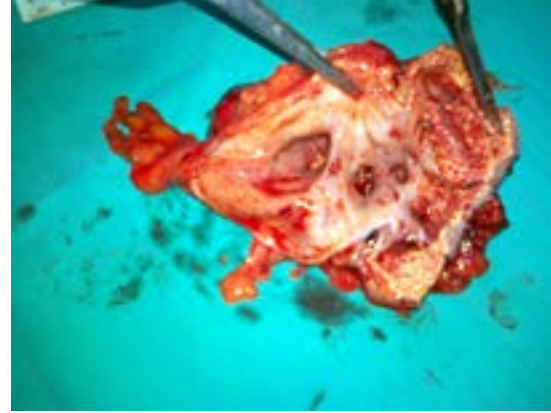
g/dl, CRP: 152.2 mg/dl ve Prokalsitonin: 25.89 ng/ml olarak tespit edildi. Ayakta karın grafisinde sağ üst kadrana uyan bölgede hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Yapılan karın USG (Ultrasonografi) ve BT' de (Bilgisayarlı tomografi) sol nativ böbreğin küçüldüğü, sağ nativ böbrekteyse ileri derecede hidroureteronefroz ve piyonefroz tespit edildi. Hastanın kendi böbreklerinde taşa ait görüntü tespit edilmedi. Hasta nativ böbrekteki piyelonefrit ve piyonefroza bağlı sepsis tanılarıyla kliniğimize yatırılarak sepsis tedavisine başlandı. Uygun sıvı elektrolit replasmanı yapıp antibiyotik olarak da imipenem tedavisi uygulandı. Kan ve idrar kültürleri alındı. Hastanın diyaliz ihtiyacı olmadı. Enfeksiyonu kontrol altına almak için öncelikle perkutan drenaja karar verildi. Sağ nativ böbreğe USG eşliğinde perkütan nefrostomi kateteri uygulandı. Nefrostomiden pürülan karakterde drenaj oldu. Drenaj mayiden kültür alındı. Perkütan drenaja rağmen septik tablo ve karın ağrısı gerilemeyen hastanın kültürlerinde E.coli üredi. İmipeneme duyarlı bir suş olmasına karşın tedaviye yanıt alınamadı. Yaklaşık 8 günlük medikal tedaviye rağmen enfeksiyon bulguları ve karın ağrısı devam eden hasta operasyona alındı. Hastaya orta hat insizyondan intraperitoneal yaklaşımla iki taraflı Nt. N uygulandı (Şekil 1). Operasyonda sağ böbrekte ileri derecede hidronefroz ve piyonefroz tespit edildi (Şekil 2). Ameliyat sonrası antibiyotik tedavisine devam edildi. Postoperatif dönemde sepsis bulguları hızla gerileyen ve karın ağrısı geçen hastanın kreatinin değeri de 1,2 mg/dl'nin altına indi. Hasta postoperatif 12.günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Böbrek nakli sonrasında görülen enfeksiyonlar içinde nativ böbreğe ait enfeksiyonların sıklığı hakkındaki bilgiler oldukça sınırlıdır. Transplantasyon yapılan hasta grubunun yakından takip edildiği göz önünde tutulursa bu sınırlı bilgilerin nedeni bu enfeksiyonların oldukça nadir olması olabilir. Böbrek nakli sonrası geç dönemde (6. aydan sonra) görülen enfeksiyonlar toplum kaynaklı enfeksiyonlara benzerdir. Üriner sistem enfeksiyonları sık görülmesine karşın benign seyirlidirler (1). Böbrek nakli yapılacak olgularda nativ böbreklerin çıkarılması rutin bir işlem değildir. Çünkü böbrek nakli ameliyatında greft için yer açma gereği yoktur. Ayrıca glomeruler filtrasyon özelliğini kaybetmiş nativ böbreklerin endokrin fonksiyonları devam etmektedir. Castaneda ve ark.



Şekil 1. Sağ böbrekte ileri derecede hidronefroz ve piyonefroz



Şekil 2. Cerrahi materyal

tekrarlayan ve inatçı üriner sistem enfeksiyonlarının tedavisinde iki taraflı Nt. N' nin uygulanabileceğini belirtmişlerdir (3). Bunun yanında tedaviye dirençli hipertansiyon, eritrositoz ve medikal tedaviye dirençli pulmoner tromboembolik olaylarda da iki taraflı Nt. N yapılabilir (3,4). Ancak son yıllarda oldukça etkili yeni kuşak antibiyotikler, antihipertansifler ve antitrombotiklerin kullanılmasıyla bu endikasyonlar nedeniyle yapılan Nt. N' ler oldukça azalmıştır. Güncel literatürde otozomal dominant geçişli polikistik böbrek hastalığı ve olgu sunumu bazında bilateral nativ böbrekte renal hücreli karsinom olguları nedeniyle yapılan iki taraflı Nt. N' lere rastlanabilir (5, 6, 7). Bu olguda enfeksiyon medikal yöntemler ve perkütan drenajla kontrol altına alınmadığı için iki taraflı Nt. N yapılmıştır. Görüntüleme yöntemleriyle sol nativ böbrekte enfeksiyon saptanmamasına rağmen, hastanın öyküsünde bilateral taş hastalığı ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olması nedeniyle iki taraflı Nt. N yapılmıştır. Nt. N transperitoneal veya retroperitoneal yaklaşımla gerçekleştirilebilir. Bu olguda Nt. N iki taraflı yapılacağı ve hasta ciddi sepsiste olduğu için (operasyon süresinin kısaltılması için) transperitoneal yaklaşım tercih edildi.

Sonuç olarak transplant hastalarında ortaya çıkan nativ böbrek enfeksiyonlarının tedavisinde güçlükler vardır. Çünkü bu vakalar immünyosupresif hastalardır ve enfekte böbrekler atrofiktir. Bu vakalara öncelikle medikal tedavi uygulanmalıdır. Piyonefroz vakalarında perkütan drenaj mutlaka denenmelidir. Bu vakalarda medikal tedavinin zor olmasının nativ böbrekte idrar akımının olmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Tüm bu tedavilere rağmen enfeksiyonun gerilemediği vakalarda nefrektomi uygulanmalıdır. Bilateral taş hastalığına bağlı bir enfeksiyon var ise Nt. N' nin bilateral olması gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Rubin R: Infections in the organ transplant recipient, "Rubin RH, Young LS (eds): Clinical Approach to Infection in the Compromised Host, 4th ed." kitabında s.573-679, Kluwer Academic/Plenum Publ, New York (2002).
2. Gasthi HN, Sanavi S, Afhsar R. Recurrent Septicemia in a Renal Tranplant Recipient: a case report.Saudi J Kidney Dis Transplant 2009;20:471-3.
3. Castaneda MA, Garvin PJ, Codd JE, Carney K. Selective posttransplantation bilateral native nephrectomy. Indications and results. Arch Surg

- 1983;118:1194-6.
4. H. Toz, E. Ok, A. Başçı. Posttransplant hematologic complications. J Turkish Nephrology 1996;3:97-100.
 5. Skauby MH, Oyen O, Hartman A, Leivestad T, Wadström J. Kidney transplantation with and without simultaneous bilateral native nephrectomy in patients with polycystic kidney disease: a comparative retrospective study. Transplantation 2012 27;94:383-8.
 6. Patel P, Horsfield C, Compton F, Taylor J, Koffman G, Olsburgh J. Native nephrectomy in transplant patients with autosomal dominant polycystic kidney disease. Ann R Coll Surg Engl 2011;93(5):391-5.
 7. Tillou X, Viart L, Demailly M, et al. Results of nephrectomy for native kidney tumors in renal transplanted patients. Prog Urol 2011;21(5):322-6.