

گزارش دو مورد پیلونفریت آمفیوماتو با تظاهر فتق مغبنی و مروری بر بیماری

فهیمة کاظمی راشد: گروه ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

Email: kazemirashedf@yahoo.com

الهام اسلامی: گروه ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۸۹/۷/۱۰ پذیرش: ۸۹/۸/۸

چکیده

پیلونفریت آمفیوماتو (مولد گاز) از عفونتهای کلیوی با در صد مرگ و میر بسیار بالا می باشد. در اغلب مبتلایان این بیماری، سابقه دیابت شیرین در بیمار گزارش شده است. علائم بیماری معمولاً به صورت پیلونفریت مقاوم به درمان و تشخیص قطعی با CT اسکن است. استراتژی درمانی به صورت استفاده از آنتی بیوتیک و تخلیه عفونت می باشد. در موارد نادری ممکن است تظاهرات غیر معمولی از بیماری وجود داشته باشد. در این گزارش دو بیمار با پیلونفریت آمفیوماتو که در آنها یکی از تظاهرات بیماری فتق مغبنی بوده است بررسی و معرفی شده اند.

کلید واژه ها: آمفیوماتو، پیلونفریت، فتق مغبنی

مقدمه

پیلونفریت آمفیوماتو یک عفونت کلیوی مخرب می باشد که در اغلب موارد آن سابقه دیابت شیرین در بیمار گزارش شده است. تشخیص آن با CT اسکن راحت تر و قطعی تر است. درمان معمولاً با آنتی بیوتیک و جراحی است (۱). این عفونت تهدید کننده حیات بوده و حتی علیرغم درمانهای تهاجمی میزان مورتالیتی زیادی دارد. در این گزارش دو مورد از این بیماری با اهمیت ویژه برای تشخیص بالینی و از نظر ارزیابی و درمان معرفی شده است.

معرفی بیمار

مورد الف: آقای ۲۹ ساله بدون سابقه دیابت ملیتوس با درد پهلوی راست و تب راجعه که در سونوگرافی اکوهای انعکاسی قوی در فضای کلیوی راست به نفع پیلونفریت آمفیوماتو و در KUB و CT اسکن تجمعات هوا در کلیه راست و فضای اطراف کلیه آن همراه با تجمع مایع گزارش شده بود (شکل ۱و۲). بیمار در بیمارستان بستری و تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار گرفته بود. بعد از یک هفته دچار علائم فتق مغبنی مختنن راست شده و بعنوان کاندیدای ترمیم

فتق در یک بیمارستان خصوصی بستری شده بود. در طی جراحی از محل برش مغبنی مایع چرکی درناژ و به علت نابودی کامل کورد ارکیکتومی نیز انجام شده بود. در حین جراحی با فشار به فلانک ترشحات چرکی از محل برش مغبنی خارج می شد بنابراین با یک برش دیگر در فلانک راست ترشحات چرکی از فضای اطراف کلیه راست درناژ شده پس از این مرحله با مرکز درمانی دانشگاهی مشاوره و بیمار به این مرکز جهت ادامه درمان منتقل می شود. در طی ۵۰ روز بستری بیمار در این مرکز ۸ بار تحت دبریدمان وسیع جراحی و درمان با آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف قرار گرفت. در کشت خون و بافتهای نکروتیک دبرید شده E coli ایزوله شد. با شروع درمان آنتی بیوتیکی و درناژ در CT اسکن کنترل تجمعات کلیه و اطراف کلیه راست گزارش شد. نهایتاً پس از بهبود برش پهلوی و مغبنی بیمار ترمیم شده و با حال عمومی خوب مرخص شد. مورد ب: آقای ۶۷ ساله با سابقه دیابت ملیتوس و تحت درمان خوراکی گلی بن کلامید با سابقه درد شکمی غیراختصاصی از یک سال پیش و تب پایین از ۴۰ روز قبل که برای هر نیوتومی مغبنی چپ بستری شده بود. با توجه به کریپتاسیون توده اینگوینال در حین

پیلونفریت حاد سریع است که در طی ۳ روز اول درمان با شکست مواجه می شود. در برخی موارد یک عفونت مزمن قبل از حمله حاد بصورت زمینه ای وجود دارد. نتیجه کشت ادرار همواره مثبت است که در آن E.coli بصورت مکرر گزارش می شود و کلبسیلا پروتئوس نیز به میزان کمتر از آن شایع است. نشانه تشخیصی این بیماری وجود گاز در داخل پارانشیم کلیه است (۲).

با پیشرفت بیماری گاز به فضای اطراف کلیه و خلف صفاق گسترش می یابد. سونوگرافی اکوهای انعکاسی قوی موضعی را نشان می دهد. تقریباً در تمام موارد CT اسکن نیز برای لوکالیزه کردن محل گاز و تعیین گسترش موضعی عفونت بکار می رود (۳).

در CT اسکن عفونت به ۴ طبقه تقسیم می شود:

در کلاس ۱ و ۲: گاز لوکالیزه در سیستم جمع کننده ادراری و نسج کلیه است.

در کلاس ۳A: گاز یا آبسه به فضای اطراف کلیه گسترش می یابد.

در کلاس ۳B: گاز یا آبسه به فضای اطراف کلیه با امتداد به لگن گسترش می یابد.

در کلاس ۴: پیلونفریت آمفیزماتو ۲ طرفه یا یک طرفه در افراد تک کلیه ها (فرم شدید تظاهر بیماری) دیده می شود.

گرچه فرم های خفیف تر بیماری یا کلاس ۱ یا ۲ بصورت موفقیت آمیز با یک درمان ترکیبی شامل درناژ پوستی عفونت و تجویز آنتی بیوتیک (۴-۵) قابل درمان هستند اما در فرم های شدیدتر بیماری، کلاس ۳ و ۴ این روشها کافی نبوده و باید سریعاً نفرکتومی یا درناژ باز جراحی انجام بگیرد که ما برای یکی از این بیماران درناژ از وراء جلدی با هدایت سونوگرافی و برای دیگری درناژ باز جراحی را انجام دادیم. نکته مهم در برخورد با این بیماری وجود یک ظن تشخیصی بالا و نیز شروع سریع اقدامات درمانی می باشد. لذا توصیه می شود به بیماران با تشخیص فتق مغبنی بویژه همراه با تب اخیر، درد پهلو یا با بدون سابقه دیابت یا نفرولیتایزس و تندرینس فلانک به شرح حال پزشکی و معاینه بالینی توجه بیشتری داشته باشیم. چراکه می تواند شروع یک پروسه عفونی خطرناک مانند پیلونفریت آمفیزماتو یا آبسه پری نفریک باشد. که در مورد بیمار اول علیرغم اینکه پاتولوژی در کلیه راست بود بیمار تحت برش مغبنی قرار گرفت در حالی که می شد با یک ظن بالینی قوی از انجام یک برش غیرلازم و بالقوه خطرناک خودداری نمود. در مورد بیمار دوم که اسپیراسیون ناحیه اینگوئینال بیانگر یک پروسه عفونی زمینه ای بود و توانستیم از ترمیم فتق غیرضروری اجتناب کنیم.

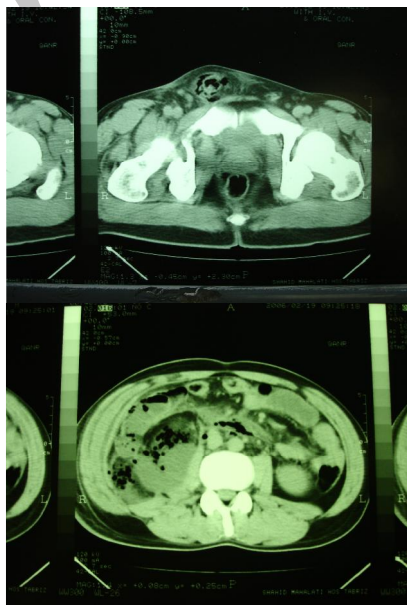
نتیجه گیری

نکته مهم در برخورد با پیلونفریت آمفیزماتو یک ظن تشخیصی بالا و شروع سریع درمان است و بدین علت پروگونوز بیماران مبتلا به این بیماری در مطالعات توضیح داده شده است. گاهی لازم است در بیماران با علائم گمراه کننده و عفونتهای مزمن برسبهای سونوگرافی و CT اسکن قبل از هر گونه جراحی در حفره شکمی یا دیواره شکمی انجام بگیرد.

جراحی تحت اسپیراسیون توده قرار گرفت. از اسپیراسیون تورم ناحیه مغبنی مایع چرکی درناژ شد و در CT اسکن آبسه وسیع گازی ایلئوپسواس، خلف صفاقی اطراف کلیه چپ رویت شد. برای بیمار درناژ وراء جلدی با هدایت سونوگرافی انجام و درمان با آنتی بیوتیک وسیع الطیف شروع شد. سریعاً بهبودی در علائم بالینی ظهور کرد و حجم مایع از ۵۰۰ cc به ۵۰ cc در طی ۲ هفته رسید. علائم با تشخیص یک عفونت آمفیزماتو اطراف کلیه مطابقت داشت که تحت درمان کامل قرار گرفت.



شکل ۱: kub



شکل ۲: CT اسکن

شکل ۱ و ۲: تصاویر رادیوگرافی ساده شکم و سی تی اسکن بیمار اول (مورد الف) که نشانگر وجود گاز در پارانشیم و اطراف کلیه راست با امتداد به کانال مغبنی است

بحث

پیلونفریت آمفیزماتو یک عفونت مخرب حاد اطراف کلیه و نسج آن می باشد که اغلب در بیماران مبتلا به دیابت شیرین اتفاق می افتد. مورتالیتی کلی آن ۲۳٪ است. تظاهر بالینی شایع آن بصورت یک

References

1. Peter JV, Biradar V, Peake SL. Emphysematous pyelonephritis. *Med J Aust* 2006; **184**(10): 533.
2. Abdul-Halim H, Kehinde EO, Abdeen S, Lashin I, Al-Hunayan AA, Al-Awadi KA. Severe emphysematous pyelonephritis in diabetic patients: diagnosis and aspects of surgical management. *Urol Int* 2005; **75**(2): 123-128.
3. Stunell H, Buckley O, Feeney J, Geoghegan T, Browne RF, Torreggiani WC. Imaging of acute pyelonephritis in the adult. *Eur Radiol* 2006; **26**: 6.
4. Oh YK, Choi YH, Sung CK, Lim CS. Emphysematous pyelonephritis treated with percutaneous catheter drainage and antibiotics. *Nephrol Dial Transplant* 2006; **21**(11): 3331-3332.
5. Turner AG, Wiseman OJ, Nayeemuddin M. Emphysematous pyelonephritis. *Nat Clin Pract Urol* 2005; **2**(2): 108-112.

Archive of SID