

BÖBREK TÜMÖRÜ İLE KARIŞAN BÖBREK  
ENFEKSİYONU VE PERİNEFRİTİK ABSE

GÜDER, A.K., BÜYÜKSU, C., SADE, M.,  
AYAZ, E., KAPLANOĞLU, N.

**ÖZET:** Kliniğimize böbrek malignitesi öntanisiyle yatırılan hastanın yapılan laboratuvar tetkikleri neticesinde ayırıcı tanısı yapılamadı. Teşhis açık cerrahi yöntem ile çıkarılan parçanın patolojik tetkiki ile konuldu. Bu olgu dolayısıyla ileri bir tetkik yöntemi olan kompüterize tomografinin böbreğin kronik enfeksiyonları ile tümörleri arasında ayırıcı tanı değerinin kısıtlı olduğunu belirtmek istedik.

**ABSTRACT:** Arif Kutsal, GÜDER, Coşkun BÜYÜKSU, Murat SADE, Erden AYAZ, Nejat KAPLANOĞLU Department of Urology, Faculty of Medicine, İzmir. Chronic renal infection and perinephritic abscess confusing with renal tumor.

The differential diagnosis of a patient hospitalized with left renal tumor could not be made with laboratory investigations. The diagnosis could be possible by pathologic examination of the specimen. We want to stress once again that the value of computerized tomography is limited in differentiating chronic renal infections from tumors of the kidney.

**Anahtar sözcükler:** Kronik böbrek enfeksiyonu, böbrek tümörü, kompüterize tomografi

**Key words:** Chronic renal infection, renal tumor, computerized tomography

---

47 yaşında diabetik bayan hasta sol lomber ağrı, aşırı kilo kaybı, üşüme, titreme, ateş, disüri ve hematüri şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Kilo kaybının iki yıldır devam ettiği anlaşılan hastanın diğer şikayetleri son 15 gündür mevcut idi.

---

Dr.Arif Kutsal GÜDER, Yard.Doç.Dr.Coşkun BÜYÜKSU, Prof.Dr.Murat SADE, Uzm.Dr.Erden AYAZ, Prof.Dr.Nejat KAPLANOĞLU, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı.

Fizik muayenede sol b6brek lojunda sınırları tespit edilemeyen d6zg6n y6zeyli, solunumla hareketli kitle dışında patoloji tespit edilmedi. Arteriel tansiyon 120/70mmHg ve ateş 38-40C civarında takip edildi.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde AKř: %360mg, sedim: 1 saatte 88mm, Htc:%24, Hb:%52, eritrosit: 2.150.000/ml, L6kosit:11.000/ml, Na:124mEq/L, K:3.1mEq/L, Ca: 2.2mEq/L, SGOT:30IU/L, SGPT:22 IU/L, BUN:%19mg olarak tespit edildi. İdrar mikroskopisinde her sahada bol eritrosit ve l6kosit bulunan hastanın idrar k6lt6r6nde E.Coli (1 milyon koloni/ml) 6redi.

Direkt Uriner sistem grafisinde radyopak tař izlenmedi. Sol b6breğin irileřmiř olduğu g6zlendi.

Intraven6z Urografik tetkikinde her iki b6brek eř zamanlı fonksiyone idi. Sol b6brek sınırları g6r6lemedi ve lojda yer işgal eden kitle tespit edildi (Resim 1). Ureterler ve mesane normal idi. Kliniği ile beraber malignite lehine değerlendirildi.

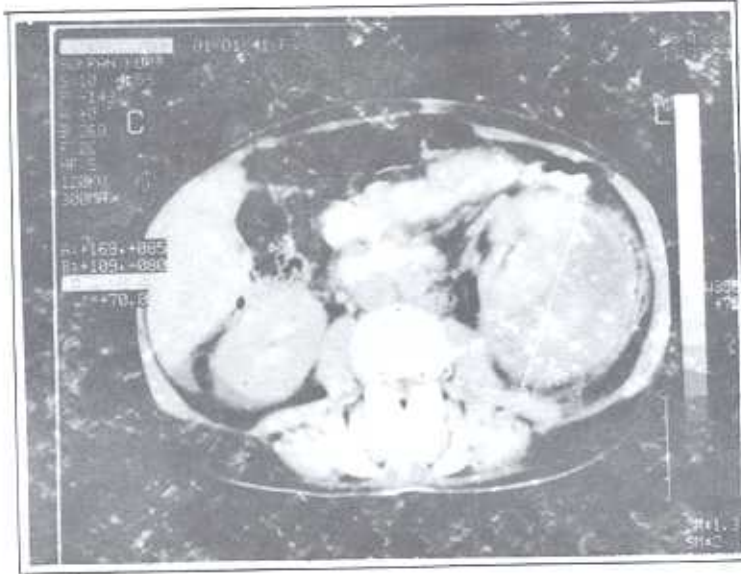


Resim 1.

Ultrasonografik tetkikte sağ böbrek normal; sol böbrek kapsülü altında yaygın sıvı birikimi saptandı. Piramislerde hipertrofi ve toplayıcı sistemlerde mediale itilme gzleildi.

Bu tetkiklerin ışığı altında hasta öncelikle kültüre uygun antibiyotik tedavisine alındı. Tedaviye 10 gün devam edilmesine rağmen klinik iyileşme sağlanamadı. Bu esnada yapılan CT tetkikinde ise sol böbrekte yer yer nekroze olmuş neoplastik kitle tespit edildi (Res.2-3). Bu kitlenin konturları düzensiz idi ve ekstrakapsüler yayılımı gösteren para-aortik lenfadenopati ve asit maylı izlendi.

Klinik iyileşme sağlanamayan hasta operasyona alınarak nefrektomi uygulandı. Patolojik tetkik sonucu "perinefritik abse ve papiller nekroz komplikasyonu gösteren akut pyelonefrit" olarak geldi. Post-operatif dönemde devam edilen antibiyotik tedavisi ile hastanın kliniğinde sratlı iyileşme görülmesi üzerine hasta post-operatif 7.günde şifa ile taburcu edildi.



Resim 2.



**TARTIŞMA:** Hastanın kliniği bizde enfeksiyon ile neoplastik kitle arasında şüpheler uyandırdı. Yaptığımız tetkiklerden İVU neoplastik kitle; ultrason enfeksiyon hastalığı; kompüterize tomografi neoplastik kitle lehine bilgiler verdi. Patolojik tetkik sonucu ise deşiniildiği gibi "perinefritik abse ve akut pyelonefrit" olarak geldi.

Böbreğe ait büyük bir kitle inoperabilite kriteri yoksa hemen her zaman nefrektomize edilecektir (1). Ancak böbreğe ait kitle lezyonu olmayan perinefritik abse olgularında abse drenajı ve antibiyotik tedavisi yeterli bir tedavi yolu olabilecek ve hasta nefrektomi uygulanmadan şifa bulabilecektir.

Bu olgu dolayısıyla kompüterize tomografi yardımıyla böbreğin kronik enfeksiyonları (kronik abse; ksantagranüloamatöz pyelonefrit) ile tümörlerini ayırdetmenin demarkasyon hattı olmadığı için çok zor olduğunu (1,6), bundan dolayı bu gibi durumlarda kompüterize tomografiden çok fazla yardım beklemememiz gerektiğini vurgulamak istedik. Ancak bu gibi olgularda taşın varlığı (özellikle koraliform) olayı enfeksiyon lehine düşündürmelidir (1). Kompüterize tomografi bize şüpheli kitlenin çevre dokulara yayılımı ve uzak metastazları yani evrelendirme hakkında en iyi bilgiyi verecektir (1,3,4,5).

Sonuç olarak her bir tanı yönteminin avantaj ve dezavantajlarının bulunduğunu; konvansiyonel üroradyolojik yöntemlerin de en gelişmişlere göre daha spesifik olduğu durumların varlığını her zaman aklımızda bulundurmamız gerektiğini bir kez daha vurgulamak istedik (1,2).

#### **KAYNAKLAR**

1. Textbook of Radiology and Medical Imaging. David Sutton, Vol 2, Fourth Edition, Churchill Livingstone 1987.
2. General Urology, D.R. Smith, Eleventh Edition. Lange 1981;
3. David S. Hartman et al: Infiltrative renal lesions: CT-Sonographic-Pathologic Correlation. AJR 1988; 150: 1061-1064.
4. John, J. Cronan et al: Comparison of the computerized tomography, ultrasound and angiography in staging renal cell carcinoma. Journal of Urology 1982; 127: 712-714.
5. Sven-Ola Hietala et al: Venous invasion in renal cell carcinoma: A correlative: clinical and radiologic study. Urologic Radiology 1988; 9: 210-215.
6. William Hoddick et al: CT and Sonography of Severe Renal and Perirenal Infections; AJR 1983; 140: 517-520 March.