

Sürrenal absesi

Olgu Sunumu

Seyithan ÖZAYDIN, Ayşe KARAMAN, İbrahim KARAMAN, Derya ERDOĞAN,
Yusuf Hakan ÇAVUŞOĞLU, Mustafa Kemal ASLAN, Özden ÇAKMAK

Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Özet

Çocukluk çağında sürrenal apse ender olarak görülmekle birlikte, erken tanı koyularak uygun şekilde tedavi edilmeleri çok önemlidir. Sürrenal apse sıklıkla kanama sonrası oluşur. Bir haftadır sırta, sağ yanda fark edilen ve giderek büyüyen şişlik yakınması ile başvuran 3 aylık kız hastada sürrenal apse saptandı. Sınırlı uyuşturma altında drene edilen hastanın izlenmesinde sorun olmadı. Ender görülen bu olgu, literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Sürrenal apse, çocuk, adrenal kanama

Summary

Suprarenal abscess: Case report

Although suprarenal abscess in childhood is rare, a prompt diagnosis and appropriate treatment is very important. Adrenal abscess most likely begins with adrenal haemorrhage. A 3-month-old female infant who presented with a one week history of growing right lumbar swelling was detected suprarenal abscess. The patient abscess was drained under the local anaesthesia and postoperative course was uneventful. This rare phenomenon is discussed with literature.

Key words: Suprarenal abscess, child, adrenal haemorrhage

Giriş

Sürrenal apse, çocukluk çağında ender görülen ve daha çok yenidoğan döneminde karşımıza çıkan önemli bir tablodur. Genellikle adrenal kanama sonrasında oluşur (1,5). Bu yazıda sağ lomber bölgede, üstü kızarıklık şişlik ve beyaz küre yüksekliğiyle kliniğimize yönlendirilen, sağ sürrenal apseli olgunun tanısı, tedavi ve izlenmesi aktarılmıştır.

Olgu Sunumu

3 aylık kız hasta, 1 haftadır sağ yanında ortaya çıkan ve giderek artan şişlik yakınması ile dış merkezden hastanemize sevk edildi. Özgeçmişinde; 32 haftalık, 1.400 g olarak NSVY ile hastanede doğduğu ve doğduktan sonra 15 gün kadar prematürite nedeniyle kuvözde izlendiği öğrenildi. Fizik muayenesinde; 0,5 cm'lik umbilikal herni ve sağ dorso-lateral bölgede

10x12 cm'lik üzeri hiperemik, yumuşak vasıflı kitle saptandı (Resim 1).

Hastanın hemogloblin değeri 8 g/dl (normal değerler 9-12 g/dl), hematokrit % 24 (normal değerler % 27-35,8), beyaz küresi 19.000/mm³ (normal değerler 7,400-15,900/mm³) ve CRP 152 mg/L (normal değerler 0-8 mg/L) bulundu. Diğer laboratuvar değerleri normaldi. Hasta yatırılarak damar yoluyla penisilin, amikasin, metronidazol tedavisi başlandı.

Ayakta direkt batın ve lomber vertebra grafileri normaldi. Karın ultrasonografisinde (US); sağ böbrek üst polde 33x29 mm çaplı, ekojenik, heterojen solid görünümlü, pyelonefrit olarak değerlendirilen bir alan ve perirenal alandan sağ psoas ve ciltaltına uzanım gösteren, hipoeoik, yoğun internal ekolar içeren 6 cm çaplı apse oluşumu saptandı.

Batın tomografisinde (BT); sağ böbrek lojunda, sağ böbreği öne ve aşağıya doğru iten, böbrekle sınırları net olarak ayırt edilemeyen, pararenal alanı tümü ile doldurarak abdomenden ciltaltı yumuşak doku

Adres: Seyithan Özaydın, Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Altındağ-Ankara
Yayına kabul tarihi: 15.09.2007

içine uzanan, kistik bölümler içeren kitle lezyonu bulundu. Sağ sürrenal loj kitleden ayırt edilemiyordu ve sağ sürrenal apse olarak değerlendirildi (Resim 2).

Resim 1. Sağ dorso-lateral bölgede 10x12 cm'lik üzeri hipere- mik, yumuşak vasıflı kitle görülüyor.

Resim 2. Sağ böbrek lojunda, sağ böbreği öne ve aşağıya doğru iten, pararenal alanı tümü ile doldurarak abdomenden ciltaltı yumuşak doku içine uzanan, kistik bölümler içeren kitle lezyonu izleniyor.

Sınırlı uyuşturma altında, apsenin sırtta ciltaltına doğru uzanım gösterdiği yerden yapılan ponksiyonla bol pürülan geleni oldu. Apse poşu açılarak drene edildi ve bir adet penrose dren yerleştirildi. Kültüründe Staphylococcus aureus üreyen hastanın drenajının kesilmesi nedeniyle 5. gün dreni çekildi ve 6. gün oral antibiyotikle taburcu edildi. Bir hafta sonraki kontrolünde hastanın muayene bulguları doğaldı, US'de; her iki sürrenal loj normal, sağ böbrek orta kesim lateralinde yaklaşık 13 mm çapında kistik, santralinde debris içeren lezyon izlendi. İki hafta sonra yapılan US kontrolü aynı şekilde rapor edilen hasta bundan sonraki izlemesine gelmedi.

Tartışma

Çocukluk çağında sürrenal apse ender olarak görülmele birlikte, erken tanı koyularak uygun şekilde tedavi edilmeleri yaşamsal öneme sahiptir. Sürrenal apsenin en sık nedeni kanamadır (1,3,5). Sürrenaldeki kanamaların genellikle nedeni bilinmez, fakat hipoksi, şok, travmatik doğum, trombositopeni ve yaygın damar içi pıhtılaşma suçlanmaktadır (5). Bu kanamalar genellikle kendiliğinden iyileşir, bazen de apse oluşumuyla sonuçlanır. Sürrenal apse oluşumu ile ilgili diğer teoriler ise, bakterilerin kan yoluyla sürrenal beze ulaşip apseye neden olmalarıdır. Ayrıca, sürrenal apse için plasental yangı, erken membran rüptürü, maternal diyabet ve annede hematolojik süpüratif yangı suçlanmıştır (1,5).

Ayırıcı tanıda, böbrek üst pol toplayıcı sisteminde tıkanıklık olan duplikasyon anomalisi, üst polde hidrokalkiks, adrenal hematoma veya psödokist, nekrozlu nöroblastom ve kistik Wilms tümörü düşünülmelidir (1). US kitlenin özelliklerini, yerleşimini ve böbrekle ilişkisini göstermek açısından yararlıdır. BT, ayırıcı tanıya yardımcı olur, kitlenin sınırlarını ve apsenin etraf dokuya uzanımlarını gösterir. İntravenöz pyelografi, arteriyografi ve manyetik rezonans görüntüleme de kullanılabilir (1,3,4,5).

Tedavide olgumuzda olduğu gibi antibiyotik tedavisine ek olarak, perkutan drenaj uygulanabileceği gibi laparotomi ile de drenaj yapılabilir (2,3,4,5).

Sonuç olarak, sürrenal apse, genellikle kanama sonrası gelişen ender bir komplikasyondur. Tanıda gecikme apsenin etraf dokulara yayılışına ve hatta be-

beğin ölümüne neden olabilir. Öykü, fizik bakı, laboratuvar bulguları ve görüntüleme sonuçları ile erken tanı koyularak uygun şekilde tedavi edilmelidir.

Kaynaklar

1. Atkinson GO, Kodroff MB, Gay BB, et al: Adrenal abscess in the neonate. Radiology 155:101, 1985
2. Pitts WR, Kazam E, Gershowitz M, et al: A review of 100 renal and perinephric sonograms with anatomic diagnoses. J Urol 114:21, 1975
3. Steffens J, Zaubitzer T, Kirsch W, et al: Neonatal adrenal abscesses. Eur Urol 31:347, 1997
4. Walker KM, and Coyer WF: Suprarenal abscess due to group B streptococcus. J Pediatr 94:970, 1979
5. Wells RG, Sty JR and Hodgson NB: Suprarenal abscess in the neonate Technetium-99m glucoheptonate imaging. Clin Nucl Med 11:32, 1986