

RENAL KANDİDİAZİSE BAĞLI AKUT ANÜRİ VAKASI

Dr. Mustafa KARACAGİL*

Dr. Ahmet İMAMOĞLU**

Dr. İbrahim GÜLMEZ***

ÖZET : Üretral kateterizasyondan sonra diabetik hastada kandidüri oluşmuştur. Kandida albicans kümelerinin iki tarafli üreteral obstrüksiyonu sonucu oluşan akut anüri, yoğun antifungal tedavi ile beraber endoskopik olarak giderilmiştir. Bu vaka kandida enfeksiyonunun dikkatli değerlendirilmesinin önemini vurgulamak için rapor edilmiştir.

A CASE OF ACUTE ANURIA DUE TO RENAL CANDIDIASIS

SUMMARY : Candiduria in diabetic patient developed after indwelling urethral catheterisation. Acute anuria due to bilateral ureteral obstruction of masses of candida albicans was relieved with endoscopic manuplation together with aggressive antifungal therapy. This case emphasizes the fact that candida infection should be evaluated carefully.

KEY WORDS. candida albicans, obstructive anuria, renal candidiasis

Normal floranın çoğunda bulunan saprofit kandida, hazırlayıcı faktörler varlığında çoğalarak endojen yolla kolayca hastalık oluşturabilmektedirler (3). Kandidiazis diabetes mellitusta, böbrek ameliyatı geçiren ve uzun süre kateter kullanılan hastalarda daha sık gelişmektedir. Kandidiazisin sebep olduğu peritonit (1), menenjit (2) ve sepsis (4) bildirilmiştir. Kandida albicans kümeleri ile üriner sistem obstrüksiyonuna bağlı anüri nadiren oluşur.

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

(***) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi.

VAKA TAKDİMİ : 56 yaşında 10 yıllık diabeti olan erkek hasta (H.E., 351727) bir yıldır prostatizm, bir haftadır sağ kolik renal şikayeti ve 24 saattir miksiyon yapamadığını tanımlıyor. 4 ay önce glob vezikal nedeniyle 20 gün süreyle üretral kateterizasyon uygulanmış ve üriner enfeksiyon nedeniyle 1 yıldır devamlı çeşitli antibiyotikler kullanmış.

Fizik muayenede; sağ kostolomber açısı hassasiyeti, 39,5°C ateşi ve glob vezikal mevcuttu. Hasta acilen servisimize yatırılarak lokal anestezi altında sistoskopi yapıldı ve mesaneden 400 cc püvy materyali boşaltıldı. Benzer materyal sağ ve sol üreter orifislerindedeki gözlendi ve iki taraflı üreteral kateterizasyon yapıldı. Çıkarılan materyalin kandida albicans kümeleri olduğu mikrobiyolojik ve patolojik incelemelerde anlaşıldı. BUN 43 mg % idi ve kan kültüründe üreme olmadı. 4 ay önce çekilen İVP de sol böbrek toplayıcı sistemi dilate idi ve sağda dördüncü saate kadar yapılan takipte opak madde ekskresyonu görülüyordu. Sol toplayıcı sistem ve mesane içerisinde çok sayıda dolma defekti yapan negatif opasiteler mevcuttu (Resim 1). Nonspesifik intravenöz antibiyotiğin yanında antifungal tedavi olarak nifuratel (0,5 mg/kg/gün) başlandı ve idrarı asidifiye etmek için kateterler solusyon G ile irrije edildi.

Üreter kateterleri 6 F kalibresinde olmalarına rağmen sık sık irrigasyonu gerektiriyordu. Tıkanan üreter kateterlerinin çıkarılmasından sonra yine anüri oluştu. Hastaya yeniden çocuk beslenme kateterleriyle üreteral kateterizasyon yapıldıktan sonra myokart enfarktüsü geçirdiği için planlanan nefrostomi işlemi uygulanamadı. Bu durumda koroner ünitesine devredilen hasta iki gün sonra kardiyopulmoner yetmezlikten eksitus oldu. Olgumuza postmortem tetkik yapılamadı.

TARTIŞMA : Renal kandidiazis generalize kandidiazise bağlı olarak hematojen yayılma sonucu sekonder oluşur. Assandan enfeksiyon sonucu renal kandidiazis oldukça nadirdir, ancak strüktürel abnormalitesi ve drenaj problemleri olan hastalarda söz konusu olabilir (7).



Resim 1: Sol toplayıcı sistem ve mesanedeki kandida kümelerine ait dolma defektleri.

Olgumuzda renal kandidiazis için mevcut olan hazırlayıcı faktörlerden üretral kateter, uzun süre antibiyotik uygulanması ve diabetes mellitus, fırsatçı bir mikroorganizma olan kandidaların girişini ve yerleşmesini kolaylaştırmıştır. Ayrıca olgumuzda ateşli devrede alınan kan kültüründe üreme olmaması da göz önüne alınırsa hadisenin assandan olabileceğini düşündürmektedir. Yüksek ateşin nedeni ise kandida kümelerinin yaptığı obstrüksiyon sonucu gelişen sekonder bir enfeksiyon olabilir. Zira nonspesifik antibiyotik uygulanması sonucu cevap alınmıştır.

Renal kandidiazisin semptom ve bulguları değişiktir. Aseptomatik olabileceği gibi akut pyelonefrit şeklinde de olabilir. Laboratuvar bulgularından kandidüri % 100 ve pozitif serum kandida presipitasyon testininse % 83 tanıya yardımcı olabileceği belirtilmektedir (5). Saprofit olan kandida albicans normal idrarda 24 saatte 37°C de Sabouroud'un dekstroz agarında gelişebilmektedir. Bu durumda kandidüri denebilmesi için milimetredeki koloni sayısı önemlidir. Orta akım idrarında santrifüj yapılmadan ekim yapıldığında 10.000 koloni/ml. den fazla olması kandidüri teşhisi için yeterli olduğu birçok otör tarafından belirtilmiştir (5, 6, 7).

Genel vücut direncinin bozulduğu hastalarda kalıcı üretral kateter ve uzun süre antibiyotik uygulanmasına bağlı olarak kandidürinin gelişebileceği hatırlanarak dikkatli olmanın erken tanı için yararlı olacağı kanısındayız.

K A Y N A K L A R

1. Bayer AS, Blumenkranz MS : Candida peritonitis : Report of 22 cases and review of English literature. Am J Med 61 : 832, 1976.
2. Bayer AS, Edwards JE : Candida meningitis : Report of 7 cases and review of English literature. Medicine (Baltimore) 55 : 477, 1976.
3. Briody BA : Microbiology and infectious diseases. Mc Graw-Hill Book Comp. 1974.
4. Isacson M, Noah Z : Use of 5 - fluorocytosine in systemic candidiasis in infancy. Arch Dis in Childhood 47 : 954, 1972.
5. Kozinn PJ, Taschdjian CL, Goldberg PK, Vise GJ, Tomi EF : Advances in the diagnosis of renal candidiasis. J Urol 119 : 184-187, 1978.
6. Myerowitz RL, Pazin GJ, Allen CM : Disseminated candidiasis. Changes in incidence, underlying diseases and pathology. Am J Clin Pathol 68 : 29-37, 1977.
7. Prat O, Schurr D, Pomeranz A, Farkas A, Drukker A : Renal candidiasis in infancy - A case with fungus ball obstruction. Int J Pedi Nephrol 5 : 223-226, 1984.