

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
دوره ۳۴ شماره ۱ فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۱ صفحات ۱۱۶-۱۱۴

## گزارش دو مورد پیلونفریت آمفیزما تو با تظاهر فتق مغبنی و مروری بر بیماری

فهیمه 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: ۸/۷/۲۰۱۹ پذیرش: ۸/۸/۲۰۱۹

### چکیده

پیلونفریت آمفیزما تو (مولد گاز) از عفونتهای کلیوی با درصد مرگ و میر بسیار بالا می باشد. در اغلب مبتلایان این بیماری، سابقه دیابت شیرین در بیمار گزارش شده است. علاطم 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 غیرممولی از بیماری وجود داشته باشد. در این گزارش دو بیمار با پیلونفریت آمفیزما تو که در آنها یکی از تظاهرات بیماری فتق مغبنی بوده است بررسی و معرفی شده اند.

**کلید واژه ها:** آمفیزما تو، پیلونفریت، فتق مغبنی

### مقدمه

فتق در یک بیمارستان خصوصی بستری شده بود. در طی جراحی از محل برش مغبنی مایع چرکی درناز و به علت نابودی کامل کورد ارکیتوموی نیز انجام شده بود. در حین جراحی با فشار به فلازنک ترشحات چرکی از محل برش مغبنی خارج می شد بنابراین با یک برش دیگر در فلازنک راست ترشحات چرکی از فضای اطراف کلیه راست درناز 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 بافتی نکروتیک دبرید شده E. coli ایزوله شد. با شروع درمان آنتی بیوتیکی و درناز در CT اسکن کترل تجمعات کلیه و اطراف کلیه راست گزارش شد. نهایتاً پس از بهبود برش پهلو 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 هرنیوتومی مغبنی چپ بستری شده بود. با توجه به کریپتاسیون توده اینگوینال در حین

پیلونفریت آمفیزما تو 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 آمفیزما تو و در KUB و CT اسکن تشخیص 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 مختقن راست شده و بعنوان کاندیدای ترمیم

پیلونفریت حاد سریع است که در طی ۳ روز اول درمان با شکست مواجه می‌شود. در برخی موارد یک عفونت مزمن قبل از حمله حاد بصورت زمینه‌ای وجود دارد. نتیجه کشت ادرار همواره مشت است که در آن *Ecoli* بصورت مکرر گزارش می‌شود 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 می‌یابد. سونوگرافی اکوهای انعکاسی قوی موضعی را نشان می‌دهد. تقریباً در تمام موارد CT اسکن نیز برای لوکالیزه کردن محل گاز و تعیین گسترش موضعی عفونت بکار می‌رود (۳).

در CT اسکن عفونت به ۴ طبقه تقسیم می‌شود: در کلاس ۱ و ۲: گاز لوکالیزه در سیستم جمع کننده ادراری و نسج کلیه است.

در کلاس ۳A: گاز یا آبse به فضای اطراف کلیه گسترش می‌یابد. در کلاس ۳B: گاز یا آبse به فضای اطراف کلیه با امتداد به لگن گسترش می‌یابد.

در کلاس ۴: پیلونفریت آمفیزما تو ۲ طرفه یا یک طرفه در افراد تک کلیه ها (فرم شدید تظاهر بیماری) دیده می‌شود. گرچه فرم های خفیف تر بیماری یا کلاس ۱ و ۲ بصورت موفقیت آمیز با یک درمان ترکیبی شامل درناز 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 نفرکومی یا درناز باز جراحی انجام بگیرد که ما برای یکی از این بیماران درناز از وراء جلدی با هدایت سونوگرافی و برای دیگری درناز باز جراحی را انجام دادیم. نکته مهم در برخورد با این بیماری وجود یک ظن تشخیصی بالا و نیز شروع سریع اقدامات درمانی می‌باشد. لذا توصیه می‌شود به بیماران با تشخیص فتق معنی بویژه همراه با تب اخیر، درد پهلوو یا بدون سابقه دیابت یا نفرولیتیازیس و تندرنس فلانک به شرح حال پزشکی و معاینه بالینی توجه بیشتری داشته باشیم. چراکه می‌تواند شروع یک پروسه عفونی خطرناک مانند پیلونفریت آمفیزما تو یا آبse پری نفریک باشد. که در مورد بیمار اول علیرغم اینکه پاتولوژی در کلیه راست بود بیمار تحت برش معتبر قرار گرفت در حالی که می‌شد با یک ظن بالینی قوی از انجام یک برش غیرلازم و بالقوه خطرناک خودداری نمود. در مورد بیمار دوم که آسپیراسیون ناحیه اینگوئینال بیانگر یک پروسه عفونی زمینه‌ای بود و توانستیم از ترمیم فتق غیرضروری اجتناب کنیم.

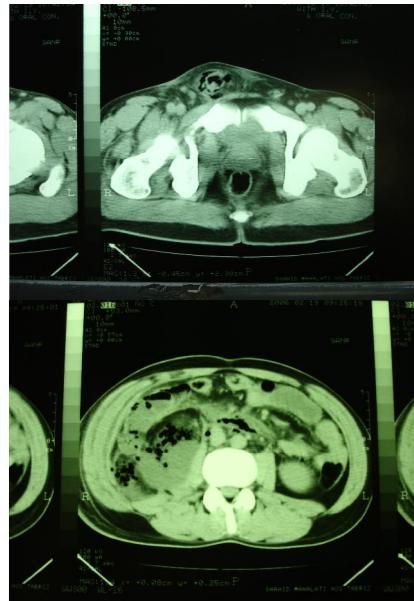
## نتیجه گیری

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

جراحی تحت آسپیراسیون توده قرار گرفت. از آسپیراسیون تورم ناحیه معتبر مایع چرکی درناز شد و در CT اسکن آبse وسیع گازی ایشورپوسواس، خلف صفاقی اطراف کلیه چب رویت شد. برای بیمار درناز وراء جلدی با هدایت سونوگرافی انجام و درمان با آنتی بیوتیک وسیع الطیف شروع شد. سریعاً بهبودی در علائم بالینی ظهرور کرد و حجم مایع از ۵۰۰ cc به ۵۰ cc در طی ۲ هفته رسید. علائم با تشخیص یک عفونت آمفیزما تو اطراف کلیه مطابقت داشت که تحت درمان کامل قرار گرفت.



شکل ۱: اسکن



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 معتبری است

## بحث

پیلونفریت آمفیزما تو یک عفونت مخرب حاد اطراف کلیه و نسج آن می‌باشد که اغلب در بیماران مبتلا به دیابت شیرین اتفاق می‌افتد. مورتالیتی کلی آن ۴۳٪ 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.