

Aktinomykóza ledviny

MUDr. Ján Čičila, MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice

Aktinomykóza ledviny je velmi vzácným onemocněním. V literatuře bylo popsáno jen několik případů postižení uropoetického systému. Diagnostika není jednoduchá vzhledem k raritnímu výskytu v této lokalizaci a z toho plynoucímu faktu, že se na tuto možnost v diferenciální diagnostické rozvaze nepomýšlí. V této práci uvádíme kazuistiku pacienta, který byl na naše oddělení přeložen z plicního oddělení okresní nemocnice pro suspektní abscedující generalizovaný tumor pravé ledviny. Pro septický stav pacienta byla provedena nefrektomie, kdy histologické vyšetření ukázalo aktinomykotické postižení ledviny. Klíčovou rolí v léčbě je časná diagnóza a cílená antibiotická léčba.

Klíčová slova: aktinomykóza ledviny, nefrektomie, absces obsahující drúzy.

Renal actinomycosis

Affecting of kidney by actinomycosis is very rare. Only a few cases of affecting urogenital system have been published. The differential diagnosis of renal actinomycosis this is diagnostics difficult due to rare incidence of the disease. The case report of patient, referred by district department of pulmonary disease, as advanced renal tumour, is presented. The nephrectomy was performed, due to septic status of the patient. Histological findings revealed actinomycosis of the kidney. Early diagnosis and targeted antibiotic therapy has the key role in the treatment of disease.

Key words: renal actinomycosis, nephrectomy, abscess containing druses.

Urol. praxi, 2011; 12(3): 183–184

Úvod

Aktinomykóza je infekční granulomatózní onemocnění, postihující nejčastěji oblast hlavy a obličeje, postižení urogenitálního traktu je výjimečné. Poprvé byla popsána Bradshawem v roce 1846 (1). Ve světové literatuře je popsáno méně než 60 případů postižení ledviny (2). Projevy aktinomykotického onemocnění ledviny mohou často být obtížně odlišitelné od nádorů ledvin (1, 3–7).

Kazuistika

Pacient, muž, 55 let, byl přeložen na urologické oddělení z plicního oddělení okresní nemocnice pod pracovní diagnózou abscedujícího tumoru pravé ledviny s metastatickým plicním postižením. Pacient neuvádí žádné závažné údaje stran rodinné anamnézy, neprodělal závažných onemocnění ani operací, je bez trvalé medikace. Udává abúzus alkoholu. V průběhu posledního roku prodělal opakované pneumonie, pracuje jako ošetřovatel prasnic.

Pacient byl přijat v polovině ledna 2008 na plicní oddělení Nemocnice Strakonice pro dušnost, hemoptýzu a febrilní stav. Před příjmem pociťoval nechutenství, zhubl, cítil se slabý, byly přítomné noční poty. V biochemickém nálezu (urea 3,8 mmol/l, kreatinin 86 μmol/l, kyselina močová 268 mmol/l, CRP 138 mg/l), krevní obraz: leukocyty 13,9 giga/l, erytrocyty 3,11 giga/l, hemoglobin 79 g/dl, hematokrit 23,3 %, trombocy-

ty 707 giga/l. Na CT plic a mediastina se nachází v parenchymu obou křídel vícečetná drobná solidní ložiska do 15 mm. Současně je patrné zvětšení uzlin netracheálně (obrázek 1). CT ledvin pak ukazuje na pravé ledvině dorzálně 108 × 90 mm infiltrace neostrého ohraničení, tektinové denzity s přítomností vzduchu, infiltrující musculus psoas major (obrázek 2).

Pacient čtvrtý den od přijetí přeložen na urologické oddělení Nemocnice České Budějovice pod diagnózou nekrotického tumoru pravé ledviny s metastatickým procesem plicním. I přes to, že byl pacient 4. den na parenterální aplikaci antibiotik (Cefotaximum 8 g denně + Ciprofloxacinum 1 200 mg denně), byl při příjmu schvácen, febrilní teplota 39 °C.

Den po přijetí na urologické oddělení pro stále se nelepšící stav a přetrvávající septické teploty, po kompenzaci anémie krevními převody (4TU), je indikována pravostranná nefrektomie.

Při výkonu, který byl proveden z transperitoneálního přístupu, nález objemného zánětlivého tumoru pravé ledviny s infiltrací musculus psoas major s centrální kolikvací. Na řezu je patrná difúzní infiltrace ledviny drobnými žlutými tumory.

Po výkonu pacient afebrilní s hojením operační rány per primam. Vzhledem ke skutečnosti, že histologické vyšetření, při kterém bylo v preparátu patrné rozsáhlé uzlovité ložisko o průměru 6 cm, které destruuje ledvinu a mikroskopicky

přítomné abscesy obsahující drúzy, což potvrzuje aktinomykózu, pacient je 6. pooperační den přeložen zpět na plicní oddělení k terapii plicního procesu.

Diskuze

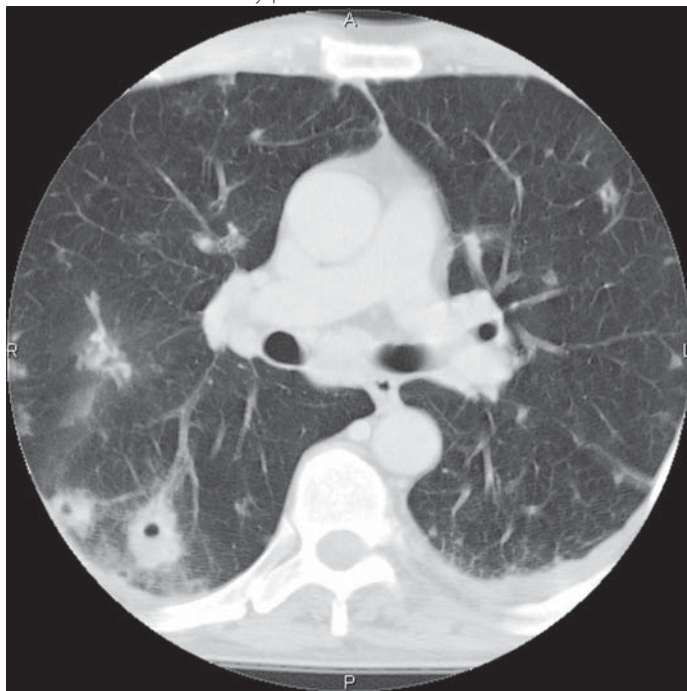
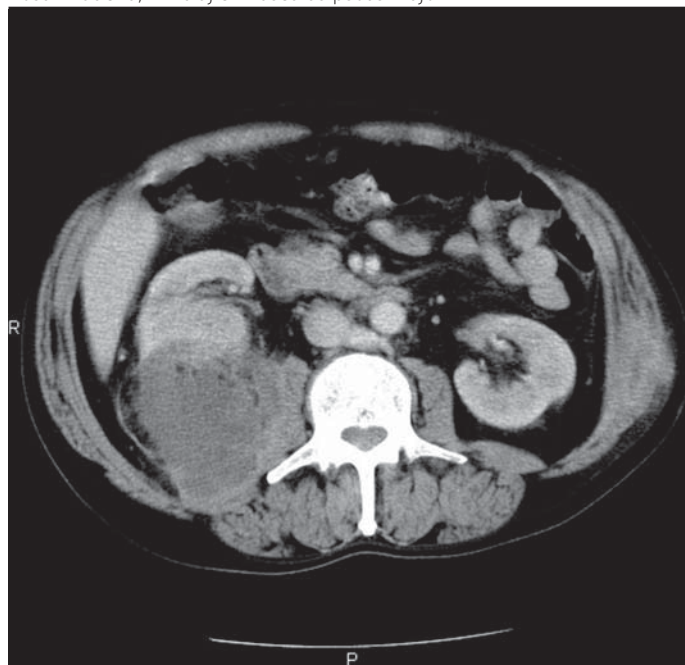
I přes to, že aktinomykóza velmi zřídka postihuje ledviny, je nutné zvažovat toto onemocnění v diferenciální diagnostice expanzivních procesů ledvin.

Actinomyces israelii, anaerobní gram pozitivní bakterie, je součástí běžné flory dutiny ústní. Vzhledem k tomu, že bakterie není schopná penetrovat zdravý epitel, infekce nejsou časté. Pokud dojde k penetraci poškozeným epitelem, bakterie mohou zůstat po dlouhou dobu němé, případně po čase dojde k chronickému zánětu vytvářejícímu solidní útvar se vznikem píštělí.

Nejčastějším místem primárního zánětu je oblast hlavy a krku (63 %), břicha (22 %), nebo hrudníku (15 %) (2). Postižení ledvin je velmi vzácné. K infekci dochází buď hematogenní cestou, nebo přímým šířením z dutiny břišní či hrudníku. Při postižení ledviny dochází k vytvoření zánětlivého tumorózního útvaru často s centrální nekrózou.

Pacient pociťuje slabost, únavnost s váhovou úbytkem a febrilemi.

Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit nádory ledviny, tuberkulózu a abscesy ledviny jiné etiologie.

Obrázek 1. Zvětšené uzliny paratracheálně**Obrázek 2.** Neostře ohraničená expanze tekutinové density s přítomností vzduchu, infiltrující musculus psoas major

Vzhledem ke skutečnosti, že pro potvrzení aktinomykotické infekce neexistuje žádný kožní či sérologický test, je diagnóza postavená na anaerobním kultivačním vyšetření nebo na histologickém průkazu charakteristických drúz.

Do objevení antibiotik byla jedinou možnou terapií chirurgická drenáž či odstranění postiženého orgánu, a to s nejistým výsledkem. Již v roce 1944 byl úspěšně použit penicilin k terapii aktinomykózy. Terapie je založená na podávání antibiotik penicilinové či tetracyklinové řady a drenáži abscesového ložiska, která může vést k uchování postižené ledviny.

Pokud je diagnóza správně stanovená, před operačním výkonem lze cílenou antibiotickou terapii postižený orgán uchovat.

Literatura

1. Sallami S, Noura Y, Hmidi M, Mekni A, Hendaoui L, Horchani A. Pseudo-tumoral renal actinomycosis. *Int J Urol.* 2006; 13(6): 803–804.
2. Dieckmann KP, Henke RP, Ovenbeck R. Renal actinomycosis mimicking renal carcinoma. *Eur Urol.* 2001; 39(3): 357–359.
3. Jalon Monzon A, Alvarez Mugica M, Seco Navedo MA, Fernandez Gomez JM, Bulnes Vazquez V, Gonzalez Alvarez RC, et al. A new form of presentation of renal actinomycosis: renal tumor with retroperitoneal bleeding. *Arch Esp Urol.* 2006; 59(7): 756–759.
4. Radhi J, Hadjis N, Anderson L, Burbridge B, Ali K. Retroperitoneal actinomycosis masquerading as inflammatory pseudotumor. *J Pediatr Surg.* 1997; 32(4): 618–620.
5. Horino T, Yamamoto M, Morita M, Takao T, Yamamoto Y, Geshi T. Renal actinomycosis mimicking renal tumor: case report. *South Med J.* 2004; 97(3): 316–318.
6. Hilfiker ML. Disseminated actinomycosis presenting as a renal tumor with metastases. *J Pediatr Surg.* 2001; 36(10): 1577–1578.

7. Staněk R, Vágner P, Herman P, Palas J. Vzácná příčina obstrukční uropatie: Aktinomykóza. *Urologie pro praxi.* 2001; 2(1): 32–33.

Článek přijat redakcí: 1. 12. 2010

Článek přijat k publikaci: 14. 12. 2010

MUDr. Ján Čičila
Urologické oddělení
Boženy Němcové 54,
370 01 České Budějovice
cicilajan@hotmail.com

