ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΩΔΗΣ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ– Ποια η θέση της νεφρεκτομής σήμερα;

Σωτήριος Σταύρου[1], Λάμπρος Φουντούλης [4],Σπυρίδων Γκόγκος[4], Δημήτριος Βλάχος[2], Βασίλειος Γκόγκος[3], Μαίρη Μουσελίμη [3], Κωνσταντίνος Οικονόμου[1]

1.Ουρολογική Κλινική , ΓΝ Φιλιατών, 2. Αναισθησιολογικό Τμήμα , ΓΝ Φιλιατών,3.Ακτινολογικό Τμήμα ,ΓΝ Φιλιατών,
4.Χειρουργική Κλινική ΓΝ Φιλιατών



ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Η εμφυσηματώδης πυελονεφρίτιδα (ΕΡΝ) είναι μία ταχέως εξελισσόμενη νεκρωτική φλεγμονή, που προσβάλλει το νεφρικό παρέγχυμα και τους περινεφρικούς ιστούς , χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη αέρα και εμφανίζει υψηλή θνησιμότητα[1](ΠΙΝ.1). Κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι ο ΣΔ (90%) και η αποφρακτική ουροπάθεια (25%- 40%) και το συνηθέστερο παθογόνο είναι η E.coli[1,2].Η θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση αντιβιοτικών, ενυδάτωση, ρύθμιση του σακχάρου, παροχέτευση (διαδερμική , J-J stent) και νεφρεκτομή[2,4].Η συντηρητική και ελάχιστα επεμβατική θεραπεία θα πρέπει να είναι η αρχική στρατηγική αντιμετώπισης της ΕΡΝ ,καθώς ενέχουν μικρότερους κινδύνους θνησιμότητας[2,3], χωρίς να αποκλείεται η νεφρεκτομή.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 86 ετών προσήλθε με άλγος ΔΕ νεφρικής χώρας από 10ημέρου, εμπυρέτο υπό αγωγή με κινολόνη,αδυναμία –καταβολή και σύγχυση. Επιπλέον εμφάνιζε ευρήματα σήψης: πυρετό 38^{o} C , αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBC 24.400, CRP 25,94 mg/dl), νεφρική ανεπάρκεια(Cr 3,85mg/dl)και αναιμία(Hct 30,5%). Ιστορικό: ΣΔ, ΧΝΝ,ΑΥ, κολπική μαρμαρυγή.Τέθηκε η κλινική διάγνωση της πυελονεφρίτιδας ΔΕ νεφρού και υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία. Αναδείχτηκε πυόνεφρος ,διάταση ΠΚΣ με παρουσία αέρα εντός αυτού ,περι-/παρανεφρικά και στον ΟΠΧ και επιπλεγμένη κύστη άνω πόλου, ευρήματα συμβατά με EPN Class 3B κατά Huang and Tseng (ΕΙΚ.1). Στον ασθενή χορηγήθηκαν IV υγρά και ευρέως φάσματος αντιβιοτική αγωγή (Piperacillin/Tazobactam,Meropenem,Metronidazole,) ,χωρίς καμία βελτίωση και οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου υποβλήθηκε σε νεφρεκτομή και παροχέτευση του ΟΠΧ(ΕΙΚ.2)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βελτίωση του ασθενούς , χωρίς ανάγκη νοσηλείας σε ΜΕΘ ,χωρίς μετάγγιση αίματος. Εξιτήριο μετά από 15 ημέρες με Cr: 2,36 mg/dl και παραπομπή για παρακολούθηση στο νεφρολογικό ιατρείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η γρήγορη εξέλιξη και η μεγάλη θνησιμότητα της ΕΡΝ απαιτούν επιθετική θεραπεία. Παρά την τάση για συντηρητική αντιμετώπιση και διαφύλαξη της νεφρικής λειτουργίας-ειδικά σε ασθενείς με ΣΔ που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για χρόνια νεφρική νόσο – η επιλογή της νεφρεκτομής δε θα πρέπει να καθυστερεί σε όσους έχουν συννοσηρότητες, αργούν να προσέλθουν στις υπηρεσίες υγείας και δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική αγωγή[3].

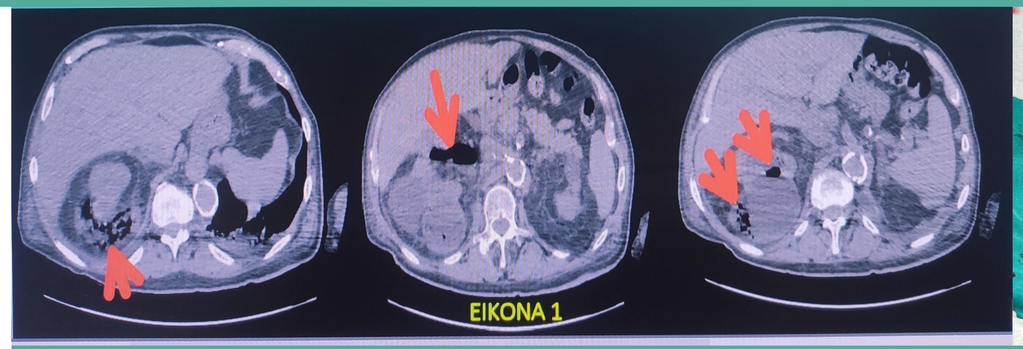
ΠΙΝΑΚΑΣ 1

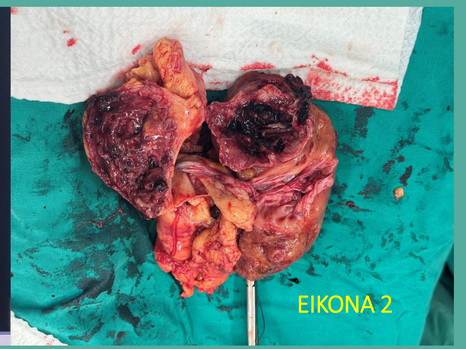
RISK SCORE FOR MORTALITY IN EPN AND MORTALITY RATES

Quick Sepsis-related Organ Failure Assessment score ≥2 (2 points)
Anemia (1 point)
Paranephric gas extension (1 point)
Leukocyte count > 22,000/μL (1 point)
Thrombocytopenia (1 point)
Hyperglycemia (1 point)

< 5% for scores ≤3
36% for a score of 4
63% for a score of 5
83% for a score of 6
100% for a score of 7

(Trujillo-Santamaría et al. 2024)


ΕΙΚΟΝΑ 1


ΕΙΚΟΝΑ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.A novel mortality risk score for emphysematous pyelonephritis: A multicenter study of the Global Research in the Emphysematous Pyelonephritis group. Hegel Trujillo-Santamaría et al. Curr Urol. 2024 Mar; 18(1): 55–60

2. A systematic review and meta-analysis of risk factors and treatment choices in emphysematous pyelonephritis.

Rajeev Desai et al.Int Urol Nephrol 2022 Apr;54(4):717-736.

3. Predictive factors for failure of conservative management in patients with emphysematous pyelonephritis. Moez Rahoui, et al. Annals of Medicine and Surgery Vol. 78, June 2022

4. Emphysematous pyelonephritis. Ubee SS,,et al..BJU Int. 2011 May;107(9):1474-8