



Pánevní aktinomykóza jako příčina hydronefrózy

Fogl J¹, Šámal V^{1,2}, Mečl J¹

¹Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

²Urologická klinika, Fakultní nemocnice UK, Hradec Králové

@fogl_jan

Úvod

Aktinomykóza je vzácné infekční onemocnění projevující se vytvářením fibróz a píštělí. V urologické praxi se s ním setkáme výjimečně, proto referujeme tuto kazuistiku.

Kazuistika

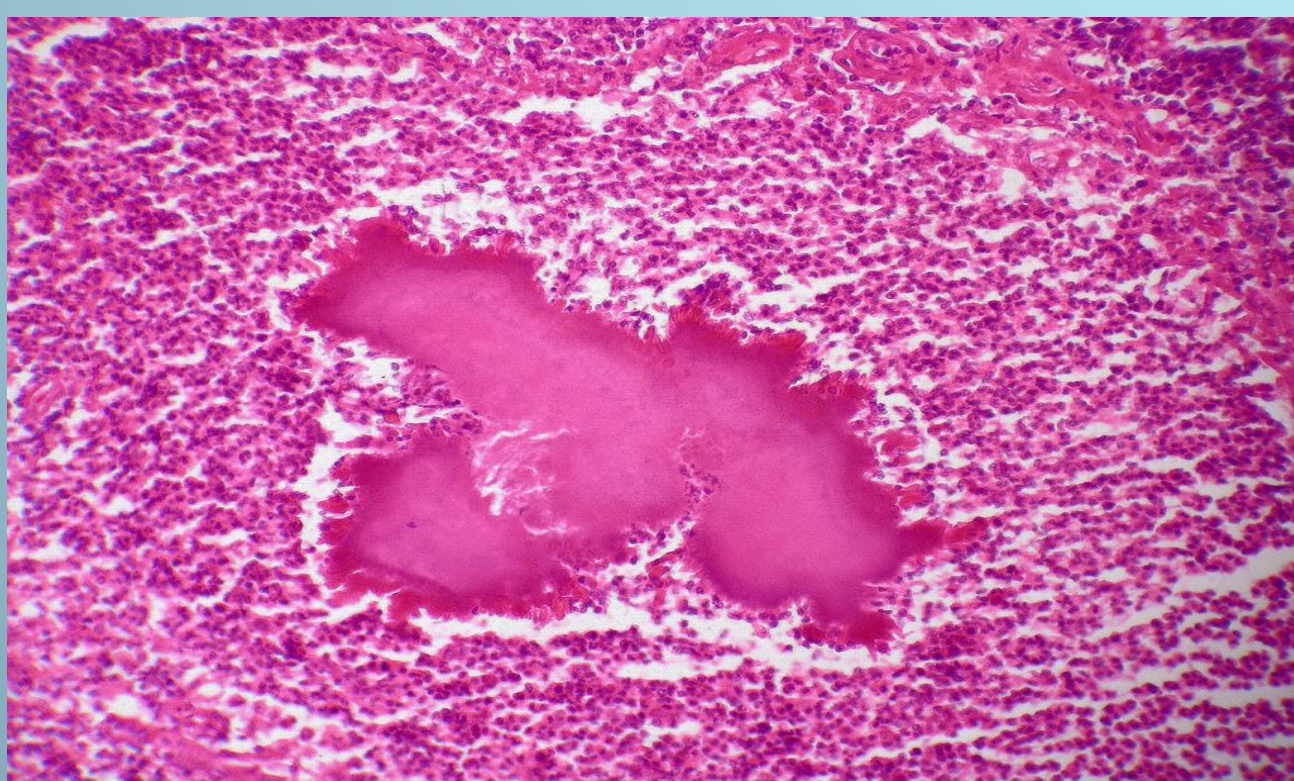
Prezentujeme kazuistiku 49-leté pacientky s nálezem pánevní aktinomykózy. Pacientka byla nejprve hospitalizována s příznaky akutní pyelonefritidy vpravo. Měla horečky přes 38 st., bolesti v pravém bedru, leukocyturii, vysoké zánětlivé markery, CRP 325. Nasazena antibiotická terapie – amoxicilin s klavulanátem i.v.. Dochází ke zlepšení klinického stavu. Kultivace moči vyšla negativní. Opětovně přichází po 6 měsících, udává celkovou slabost, nechutenství, bolesti zad, za poslední 2 měsíce zhubla 5kg. Sonograficky zjištěna dilatace KPS pravé ledviny, doplněno nativní SCT s nálezem vícečetných cystoidních expanzí v malé pánvi navazující na dělohu, které jsou příčinou pravostranné hydronefrózy. Největší multicystická expanze má v průměru 12cm, susp. adnextumor. Laboratorně renální parametry v mezích normy, CRP vstupně 254. Stent jsme se rozhodli nezavádět. Pacientka hospitalizována na gynekologickém oddělení, odebrána onkologická cytologie, biopsie z děložního čípku, extrakce IUD. Histologicky bez záchytu malignity. Po 4 dnech provedena abdominální hysterektomie s bilaterální adnexektomií, adheziolýzou, nález již peroperačně budí dojem aktinomykotického zánětu, následně histologicky potvrzena diagnóza. Po 5 dnech byla nutná reoperace pro ileus na tenkém střevě, sanován reziduální zánětlivý tumor, stěna střeva nebyla porušena. Po konzultaci s antibiotickým centrem volena kombinace antibiotik, aplikován postupně krystalický penicilin G, následně gentamicin, amoxicilin s klavulanátem, klindamicin po dobu hospitalizace. Dlouhodobě klindamicin 600mg á 8hodin celkově na 6 měsíců. Průběžně sonograficky kontrolován nález na ledvinách, dochází k vymizení dilatace KPS pravé ledviny a úplnému vyléčení pacientky.



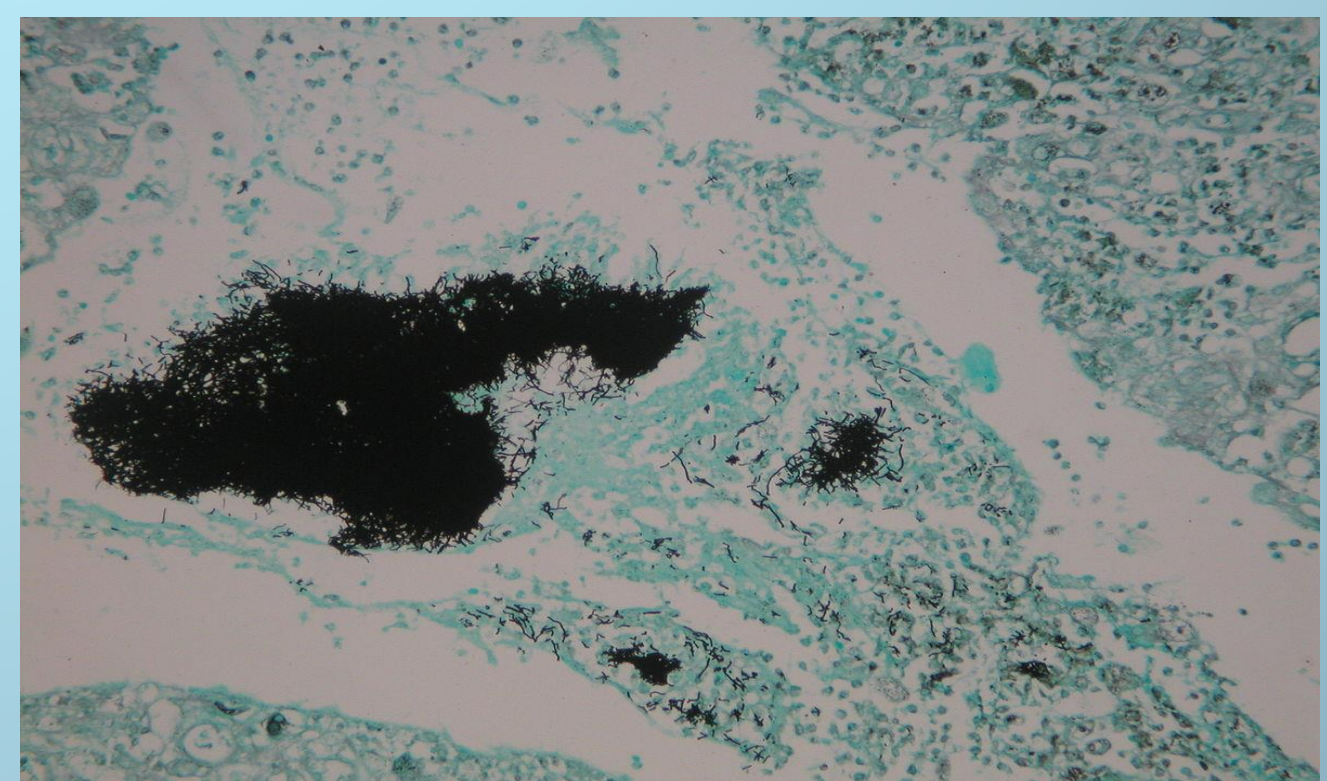
Obr.1 CT břicha v koronárním řezu

Diskuse

Původcem aktinomykózy jsou aktinomycety, nesporulující anaerobní G+ bakterie, nejčastěji *Actinomyces israeli*. Vyskytují se jako saprofyty v ústní dutině, gastrointestinálním traktu, pochvě. Základním morfologickým projevem je jizvící se zánětlivý infiltrát v podobě velkých, tuhých, nepřesně ohraničených pseudotumorosních útvarů prostoupených abscesy, tzv. aktinomykom. Důležitá je přítomnost drůz tvořených aktinomycetovými vlákny. Podle lokalizace rozlišujeme několik forem: cervikofaciální, intrathorakální, abdominální, kožní. V diagnostice neexistují serologické testy, stanovení se provádí na základě mikroskopického, histologického vyšetření a kultivace. Terapie spočívá v kombinaci dlouhodobé antibiotické terapie (penicilin, tetracyklin, ciprofloxacin, klindamicin) a chirurgické léčby. Dle lokalizace zánětu incize a drenáže abscesů, případně odstranění postiženého orgánu (hysterektomie, adnexektomie, nefrektomie atd.) Diskutovaný je v literatuře zmiňovaný rizikový vliv dlouhodobě zavedeného IUD, v poslední době považovaný za neopodstatněný. Urogenitální aktinomykóza se projevuje obvykle jako renální infekce se vznikem renoduodenální nebo renokolické fistuly či retroperitoneálního abscesu. U mužů lze dále pozorovat intratestikulární absces, sekundární infekci skrota, event. postoperačně infekce prostaty a uretry.



Obr. 2 Aktinomykom



Obr.3 Drůza

Závěr

Při léčbě pacientů postižených aktinomykózou je zapotřebí multidisciplinárního přístupu, jako v našem případě. Pánevní aktinomykóza může být jednou z příčin hydronefrózy, proto bychom na ni v rámci diferenciální diagnostiky měli pomyslet.