

Case Report / Olgu Sunusu**Böbrek Hidatik Kisti Taklit Eden Multiloküle Kistik Renal Hücreli Karsinom****Renal Hidatid Cyst Mimics Multiloculated Cystic Renal Cell Carcinoma**Caner Ediz¹, Mehmet Levent Akbulut¹, Serhan Çimen¹, İbrahim Topçu¹, Ramazan Altıntaş¹, Cemal Taşdemir¹¹İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya, TÜRKİYE**Corresponding Author:**

Doç. Dr. Cemal Taşdemir

Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı İnönü Üniversitesi, 44280, Malatya, TÜRKİYE.

E-mail:

cemal.tasdemir@inonu.edu.tr

Tel: 0 422 341 0660-5803**Fax:** 0 422 341 0728

Başvuru Tarihi/Received :

11-12-2013

Düzeltilme Tarihi/Revised:

28-12-2013

Kabul Tarihi/Accepted:

09-01-2014

Özet

Renal hücreli kanser (RHK) proksimal tübülden köken alan bir böbrek kanseridir. Klasik triadı hematüri, böğür ağrısı ve kitle olan renal hücreli kanser küçük boyutlarda olduğunda genellikle asemptomatik seyretmektedir.

Hidatik kist Akdeniz havzası ve Ortadoğuda yaygın görülen paraziter bir hastalıktır. Spesifik olmayan şikâyetlere sebep olduğu için tanısı bazen güç olmaktadır. Olgumuzda 54 yaşında kadın hasta kliniğimize karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın yapılan değerlendirmesinde sağ böbrek kitle ve karaciğer hidatik kisti saptandı. Bu vakayı sunmamızdaki amacımız, RHK seyrinde nadir olarak birlikteliği olan karaciğer kist hidatik varlığını tartışmaktır.

Anahtar kelimeler: Renal Hücreli Karsinom, Karaciğer Kist Hidatik, Nefrektomi, Kistektomi

Abstract

Renal cell carcinoma (RCC) is a kidney cancer that originates in the lining of the proximal convoluted tubule. The classical triad of RCC is hematuria, flank pain and mass and when RCC is small size RCC is usually asymptomatic.

Hydatid cyst is a prevalent parasitic disease in Mediterranean region and Middle East. Its diagnosis is sometimes problematic because of nonspecific complaints. In this case, patient is 54 years old and has flank pain. We evaluated patient and found Hydatid cyst and Renal cell carcinoma at the same time. In this case we aim to discuss together in RCC with Hydatid cyst.

Keywords: Renal cell carcinoma, Hydatid cyst, Nephrectomy, Cystectomy

Giriş

Renal hücreli kanserler tüm erişkin tümörlerin %3'ünü kapsamaktadır (1). RHK en ölümcül ürogenital kanserdir(2). RHK böbrek tubulüs epitelinden gelişirler. Renal hücreli karsinomlar kemoterapi ve radyoterapiye dirençli oldukları için nefrektomi tek etkili tedavi yöntemidir(3). Hidatik kist Echinococcus Granulosus'un sebep olduğu bir tür helmint enfeksiyonudur ve ülkemizde görülme oranı 6.3/100.000 olarak bulunmuştur (4). En sık tutulan organ karaciğerdir ve böbrek tutulumu %2 oranında görülür (5). Hastalığın klinik belirtileri kistin lokalizasyonuna göre değişmektedir. Bu olguda amacımız, şiddetli karın ağrısı şikâyetiyle kliniğimize gelen bir karaciğer hidatik kist olgusundaki renal kistik kitle durumunda eş zamanlı renal hücreli karsinom varlığına dikkati çekmektir.

Olgu

54 Yaşında kadın hasta, karın ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın birkaç aydır süre gelen şikâyetleri mevcuttu. Fizik muayenede hepatomegali mevcuttu. Tansiyon arteriyel 125/85 mmHg, ateş 36,6 ölçüldü. Laboratuvar bulguları: WBC: 8.300 K/uL, HGB: 14,5 g/ dL HCT: %43, kreatinin: 0,7 mg/dL, sedimentasyon: 37mm, ferritin: 86,7, AST:14, ALT:25 ve Kist Hidatik Elisa testi pozitif olarak geldi. Diğer biyokimya değerleri ve idrar tetkiki normal sınırlar içindeydi. Hastaya öncelikle yapılan abdomen ultrasonografi incelemesinde sağ böbrek üst zonda egzofitik uzanım gösteren 5,3x4,8 cm botutta kistik alanlar içeren heterojen lobüle konturlü hipoekoik lezyon izlenmişti. Öncelikli olarak RHK düşünüldü. Karaciğer sağ lobta 12x8 cm boyutta solid komponenti bulunan lobüle konturlü vaskülaritesi izlenmeyen lezyon izlenmişti. Lezyonda öncelikli olarak Tip 3 Kist Hidatik düşünüldü. İleri tetkik olarak hastaya kontrastlı dinamik karaciğer ve abdominal tomografi çekildi. Kontrastlı abdominal tomografi incelemesinde Karaciğer segment 6'dan başlayıp segment 7 ve 8'e uzanım gösteren yaklaşık olarak 13x8,7x20 cm ebatta kalın duvarlı, kontrastlı ve kontrastsız tüm fazlarda hipoden görünümde olup kontrast tutulumu göstermeyen lobüle konturlü kistik lezyon izlendi. Lezyonda kist hidatik düşünüldü. Sağ böbrek üst

zonda ise yaklaşık olarak 5,5x5,1 cm boyutta lateral kesiminde belirgin kistik komponenti bulunan medialde solid heterojen komponent içeren kontrastsız kesitlerde böbrek parankimi ile izodens, postkontrast tüm fazlarda solid kısmı yoğun heterojen kontrastlanma gösteren egzofitik uzanımlı kitle lezyonu izlendi ve RHK düşünüldü. Sonrasında kitlenin natürünü ve kontrastlanma paternini göstermek için çekilen kontrastlı üst abdomen MRG sonucunda karaciğer sağ anterolateral kesiminde segment 8-5 de subkapsüler alandan başlayarak segment 6 da karaciğer inferioruna kadar devam eden yaklaşık 22x13x8.5 cm boyutta T1A hipointens T2A hiperintens dinamik kontrast çalışmada kontrastlanma göstermeyen lobüle konturlü, septalı, multiloküle, unkapsüle kistik kitle lezyonu izlendi ve Kist Hidatik olarak yorumlandı. Sağ böbrek üst zon posterolateral kesimde egzofitik uzanımlı 7x5x5.5 cm boyutta lateralinde kistik komponenti ve medialinde solid komponenti içeren lobüle konturlü miks intensitede kitle lezyonu saptandı. Dinamik kontrastlı çalışmada lezyon solid komponentleri erken arteryal fazda başlayarak diğer fazlarda devam eden heterojen kontrastlanma gösterdi ve Kistik RHK olarak yorumlandı. Servise yatırılan hastada öncelikli olarak Karaciğer Kist Hidatiği açısından genel cerrahi konsültasyonu istendi. Kist hidatiğin cerrahi olarak eksizyonuna karar verildi. Hastaya preoperatif anafilaksi oluşumunu engellemek amacı ile enfeksiyon hastalıklarının önerisi doğrultusunda albendazol tedavisi başlandı. Hastaya albendazol tedavisinden 15 gün sonra sağ radikal nefrektomi, omentektomi, karaciğer kistektomi ve kolesistektomi operasyonu yapıldı. Hastaya postoperatif dönemde albendazol tedavisi vermeye devam edildi. Hastanın sağ radikal nefrektomi patoloji sonucu RHK berrak hücreli kistik papiller alt grup olarak yorumlandı. Furhman Gradelemesine göre Grade 2-4 geldi. Lenfovasküler ve perinöral invazyon izlenmedi. Renal kapsül invazyonu mevcuttu. Perirenal adipoz doku ve üreter invazyonu izlenmedi. Karaciğer kistektomi patolojisi kist hidatik (canlı skoleks izlenmedi) olarak geldi. Patoloji yorumu olarak immunfenotip ve diğer özellikler primer olarak RHK lehine saptandı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postop 5. gününde taburcu edildi. Hasta bir yıldır tam remisyonda takip edilmektedir.

Tartışma

Renal hücreli karsinom yetişkinlerde daha çok karşımıza çıkan ve renal kitle dendiğinde ilk akla gelen malign tümörlerdir. RHK genellikle klasik triadı ile karşımıza çıkabildiği gibi asemptomatik olarakta görülebilmektedir. RHK günümüzde görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ile birlikte daha erken dönemlerde tanı konulabilir seviyeye gelmiştir. Görüntüleme yöntemlerinin daha kolay ulaşılabilir olması ile tanı konulması açısından kullanılan bu yöntemlerin ek hastalıklar açısından da bizlere bilgi veriyor olması RHK ile eş hastalıkların varlığını daha kolay anlamamızı sağlamaktadır. Renal hücreli karsinom vakaları patolojik olarak 5 ana grupta sınıflandırılırken multiloküle kistik renal hücreli karsinom nadir olmakla birlikte yaklaşık olarak % 1-2 oranında görülür (6).

Hidatik kist hastalığı hayvanlar yoluyla insanlara bulaşan *Echinococcus Granulosus*'un etken olduğu bir enfeksiyondur. Özellikle hayvancılıkla uğraşan ülkelerde daha sık ortaya çıkmaktadır. Primer yerleşim yeri karaciğerdir. Karaciğerde kist oluşumunun başlangıç dönemi genellikle asemptomatik olup 5 cm çapa ulaştıktan sonra belirti vermeye başlarlar. Belirtiler genellikle komşu organlara bası yada komplikasyonlarla ortaya çıkar. Hidatik kist tanısı görüntüleme yöntemleri ile konulurken serolojik testlerle doğrulanabilir.

Olgumuzda karın ağrısı ile başvuran hastada yapılan görüntüleme yöntemlerinde öncelikli olarak karaciğer kist hidatik tanısı göz önünde bulundurularak, böbrek kitlesi açısından ayrıntılı tetkikler değerlendirilmiştir. Böbrekte komşuluk yoluyla yayılan eş zamanlı bir kist hidatik tablosu açısından yapılan değerlendirmede renal kitlenin kistik komponentlerinin bulunması ayrıcı tanısını güçleştirmiştir. Böbrekteki kitlenin yerleşim yeri ve lokalizasyonu düşünüldüğünde karaciğer hidatik kistinin olası bir yayılımı durumunda cerrahi tedavi yöntemi ve planlaması değişecektir. Bu yüzden olgumuzda yapılan tetkiklerin ayrıcı tanı ve tedavi açısından ayrıntılı olarak yapılması gerekliliği doğmuştur. Hastanın yapılan tetkikleri sonucunda RHK ve karaciğer hidatik kist açısından eş zamanlı saptanarak, iki patoloji açısından da cerrahi tedavinin en uygun yaklaşım olduğuna karar verildi. Cerrahi tedavi öncesi

sekonder hidatidoz ve/veya nüks oluşumunu engellemek açısından günde iki kez 400 mg albendazol tedavisi başlandı. Hastaya 28 gün albendazol tedavisi verildikten sonra 15 gün ara verildi. Hastaya optimal kist sterilizasyonu sağlamak için postoperatif dönemde albendazol tedavisine devam edecek şekilde medikal tedavisinin ikinci periyodunda cerrahi müdahale yapıldı. Hastaya Karaciğer hidatik kist eksizyonu, kolesistektomi, omentektomi ve sağ renal kitle açısından sağ radikal nefrektomi uygulandı. Karaciğerden yapılan eksizyonun patoloji sonucu hidatik kist ile uyumlu gelirken, sağ radikal nefrektomi patolojisi RHK ile uyumlu geldi. Postoperatif dönemde hastaya albendazol tedavisine devam edildi.

Bu yazı da karaciğer hidatik kisti sebebi ile değerlendirilen bir hastanın karaciğer komşuluğundaki böbrekte ortaya çıkan kistik renal kitlenin hidatik kist açısından ve her zaman renal hücreli karsinom açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak istedik. Çünkü hidatik kist ile kistik renal hücreli karsinom vakalarının tedavi yaklaşımındaki farklılıklar mevcuttur. Hastaların tedavisinde medikal ve cerrahi alternatifler akılda bulundurulurken tedavi planlaması yapılmalıdır.

Kaynaklar

- 1.Gupta K, Miller JD, Li JZ, Russell MW, Charbonneau C. Epidemiologic and socioeconomic burden of metastatic renal cell carcinoma (mRCC): a literature review. *Cancer Treat Rev* 2008; 34: 193–205
- 2.Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer statistics, 2005. *CA CancerJ Clin* 2005;55:10-30
- 3.Kirkali Z, Lekili M. Renal cell carcinoma, New prognostic factors? *Curr Opin Urol*, 2003;13:433-8
- 4.Yazar S, Taylan A, Hökelek M, et al. Türkiye’de 2001 – 2005 yılları arasında kistik ekinokokkozis. *Türkiye Parazitoloj Derg*, 2008, 32: 208 – 10.
- 5.Zmerli S, Ayed M, Horchani et al. Hydatid cyst of the kidney: diagnosis and treatment. *World J Surg*, 2001;25: 68–74.
- 6.Han KR, Janzen NK, McWhorter VC, Kim HL, Pantuck AJ, Zisman A, et al. Cystic renal cell carcinoma: Biology and clinical behavior. *Urol Oncol* 2004;22:410-4.