

OLGU SUNUMU

PELVİS RENALİS TÜMÖRÜ GÖRÜNTÜSÜ VEREN BÖBREK HİDATİD KİST HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

THE HYDATID CYST DISEASE OF THE KIDNEY WHICH RESEMBLE RENAL PELVIC TUMOR: A CASE REPORT

Tansu Değirmenci, Zafer Kozacıoğlu, Ömer Koraş, Burak Arslan, Süleyman Minareci, Yüksel Yılmaz

SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İZMİR

ÖZET:Ekinokokların neden olduğu hidatid kist hastalığı endemik bölgelerde halen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Türkiye endemik bölgelerden biridir. Hastalık sıklıkla karaciğer ve akciğerleri etkilemektedir. Bu olgu sunumunda pelvis renalis tümörü ön tanısı ile kliniğimize yönlendirilmiş bir hidatid kist olgusu sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Kist hidatid, böbrek, tedavi

ABSTRACT: Hydatid cyst disease, with the pathogen Echinococcus is still an important health care issue in endemic regions. Turkey is one of these endemic regions. Disease often affects the liver and the lungs. In this case report, the hydatid cyst disease of the kidney which resemble renal pelvic tumor is presented with a literature review.

Key words: Hydatid cyst, kidney, treatment

Hidatid kist (HK) hastalığı, Echinococcus granulosus larvalarının sebep olduğu, hayvanların ve insanların paraziter ve zoonotik bir hastalıdır (1). İnsan, rastlantısal ara konaktır (2). HK hastalığı en sık karaciğer ve akciğerde görülmekle birlikte, nadiren diğer organları da tutabilir (2).Ülkemiz; özellikle doğu ve güneydoğu anadolu bölgesinde hastalığa yaygın olarak rastlamak mümkündür(3). Bu olgu sunumunda karaciğerden köken alarak böbreğe yerleşmiş ve pelvikalisiel sisteme rüptüre olup pelvis renali tümörü görüntüsü veren bir HK olgusu sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

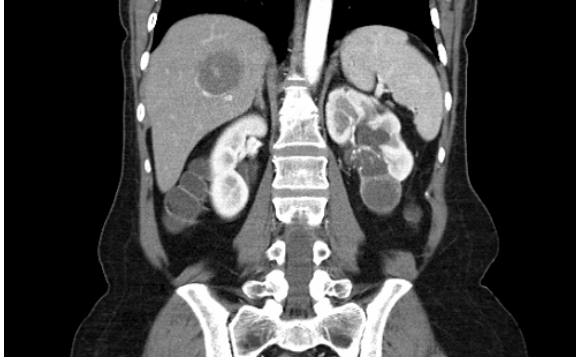
Yazar Adresi

Tansu Değirmenci, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği,

tansudegirmenci@hotmail.com

OLGU

Ani başlayan sol yan ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 40 yaşındaki kadın hasta; pelvis renalis tümörü ön tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Laboratuvar verileri normal idi. İdrar değerlendirmesinde nitrit (+), lökosit (+), eritrosit (+) idi. Ultrasonografide karaciğer sağ lob posterior segmentte 54x45mm boyutlarda öncelikle kistik lezyon ve sol böbrek inferior bölümde yaklaşık 27 mm çaplı komplike kistik lezyon görüldü. Bilgisayarlı tomografide (BT) karaciğer sağ lobunda 48x39mm ve 13mm boyutlarında 2 adet cidarı kalsifiye, heterojen iç yapıda kistik lezyon ve sol böbrek alt polden köken alıp renal pelvise uzanım gösteren 58x32mm boyutlu cidarında kalsifikasyonlar izlenen ve septasyonlar içeren kistik lezyon saptandı. BT'de proksimal üreterde genişleme ve cidarında kalınlaşma görüldü (Resim 1).



Resim 1: Karaciğer sağ lob segment 7 de 48x39 mm boyutlu cidarı kalsifiye heterojen iç yapıda kistik lezyon, sol böbrek alt polden köken alıp renal pelvise uzanım gösteren 58x32 mm boyutlu, cidarında kalsifikasyonlar izlenen septasyonlu kistik lezyon

Manyetik rezonans ürografide sol böbrek alt polde 40x32mm çapında Bosniak tip 3 olarak değerlendirilen kistik lezyon izlendi. Sol böbrek alt pol renal sinüs içerisinde dolma defekti oluşturan 30x15mm yumuşak doku sinyali ve üreterde iliak arter seviyesine kadar dilatasyon ve duvar kalınlaşması izlendi (Resim 2). Sonradan tekrar istenen idrar incelemesinde skoleksler görüldü.



Resim 2: Sol bb alt polde Bosniak 3 kategoride kistik kitle lezyonu, sol böbrek alt pol kaliksinde renal pelviste devamlılık gösteren ve kısmen üretere kadar uzanım gösteren yumuşak doku sinyali içeren solid yapı.

Hastada HK düşünülerek yapılan ekinokok indirek hemoglütinasyon testi 1/1280 pozitif saptandı. Operasyon planlanan hastaya preoperatif birinci günden itibaren albendazol (2x400 mg/gün) başlandı. Tedavinin üçüncü günü sol flank insizyonla basit nefrektomi yapıldı ayrıca üreter distale kadar diseke edildi. Ayrıca gibson insizyon ile distal üreter ve çevreleyen mesane duvarıyla birlikte orifis çıkarıldı. Bu operasyon tarzı; hastada tümör şüphesi devam ettiğinden, tümör makroskopik olarak da eradike edilemediği için yapıldı. Hasta postoperatif 5.günde albendazol (2x400mg/gün) tedavisi ile taburcu edildi. Kist için tutulumun olduğu organların radyolojik taramasında sadece KC de HK vardı ve genel cerrahi servisine hasta yönlendirildi.

Metaryalin histopatolojik incelemesinde, böbrek alt kutup yerleşimli 4,5x4x3,5cm düzgün nodüler, periferinde membranöz görünümde kirli beyaz renkte alanlar, merkezde ise presite nitelikte kirli beyaz renkte parlak materyal içerdiği izlendi. Bu alan renal pelvise bir bölgeden açılmış görünümde idi. Renal pelviste kahverengi ve içerisinde kirli beyaz renkte jölemsi kıvamda yer yer membranöz görünümde metaryalin bulunduğu izlendi. Patolojik olarak HK tanısı konuldu.

TARTIŞMA

HK özellikle Avrupa, Asya, Akdeniz, Güney Amerika ve Afrika ülkelerinde endemik olarak görülmektedir (2). Ülkemiz de bu hastalık açısından endemik bir bölge olarak değerlendirilmektedir. Türk toplumunda HK hastalığı görülme sıklığı 1/2000 olarak bildirilmiştir (4). HK en sık karaciğer (%63) ve akciğerde (%25) görülür. Ayrıca kas dokusunda (%5), kemik (%2), böbrek (%2), beyin (%1), dalak (51), %1'den az olguda da kalp, prostat ve pankreasta yerleştiği gösterilmiştir (2,5,6). Yılmaz ve ark. 372 olguluk serilerinde 8 olguda üriner hidatid olgusu bildirmişlerdir (3).

Böbreği tutan HK olgularında hastalık genelde sessizdir. Eğer renal kist perirenal alana veya kaliksiyel sisteme rüptüre olmamış ise yakınmaya neden olmayabilir, kitle gelişene kadar hiçbir bulgu vermeyebilir. Hastaların büyük kısmına başka sebeplerle inceleme yapılırken insidental olarak tanı konmaktadır (2). Kistlerin lokalizasyonuna ve büyüklüklerine bağlı olarak basınç semptomları, yan ağrıları ortaya çıkabilir. En sık rastlanan semptomlar; lomber ağrı ve alerjik kaşıntı en sık bulgular da palpabl kitle, makroskopik hematüri ve albuminüridir (2, 5, 6). Olguların %18'inde hidatüri görülür. İdrarda üzüme benzer skolekslerin görülmesi (hidatüri) HK tanısı için patogonomiktir (2, 6). Hidatüri kistin toplayıcı sisteme rüptüre olduğunun bir göstergesidir (2, 6). Bizim olgumuzda ani başlayan kolik ağrının olmasından kistin rüptüre olabileceği düşünülmüş ve idrar incelemesinde skoleksler bu sayede görülebilmştir. Tanıda esas olarak hikaye, fizik muayene, radyolojik görüntüleme yöntemleri ve serolojik testler kullanılmaktadır (6). Kistler, ultrasonografik değerlendirmede; içi sıvı dolu düzgün sınırlı basit kist, içi sıvı dolu bölünmüş kist, septalı kist, heterojen eko özelliğinde olan kist, kalın kalsifiye duvarlı kist olarak görülebilir, kist duvar kalsifikasyonu HK için spesifik değildir (6). İleri evre kistlerde BT tanıda kullanılabilecek en duyarlı radyolojik yöntemdir (6, 7).

Bizim olgumuzda radyoloji raporlarında öncelikli tanı olarak pelvis renalis tümörü düşünülmüştür. BT'de kalsifiye veya kalın duvarlı bir kist, büyük bir kist içinde bulunan düşük dansiteli dişi kistler ve hidatid membranın artmış danitesi patogonomiktir (6). Eozinofili, Casoni deri testi, kompleman fiksasyon ve indirekt hemaglutinasyon testleri tanıda yardımcı olabilir, ancak serolojik yöntemler genellikle daha spesifik olmasına rağmen duyarlılığı görüntüleme yöntemlerine göre azdır (6).

Şüphelenilen hastalarda tanı için ponksiyon yapmaktan kaçınılmalıdır. Ponksiyon sırasında kist dışına sızan sıvı hastada anafaktik şok tablosuna kadar varabilecek alerjik reaksiyonlara neden olabilir. Kist dışına çıkan protoskolekslerden sekonder kistler gelişebilir (2). Tanı konulmasını takiben mutlaka sistemik inceleme yapılarak diğer organlarda tutulum olup olmadığı araştırılmalıdır (7, 8).

HK hastalığının tedavisi primer olarak cerrahidir (2, 6). Ancak; ameliyat için kontrendikasyon varsa, hasta cerrahi müdahaleyi reddediyorsa, ameliyattan sonra nüks oluşmuşsa, ameliyat sahası kist sıvısı ile kontamine olmuşsa, böbrek, beyin ve kemik tutulumlarında kist sayısı çok ve müdahale zorsa sekonder tedavi seçeneği olarak albendazol endikedir (9). Böbrek HK tedavisinde sadece böbrek tutulumu olan olgularında retroperitoneal yaklaşım tercih edilir. Tedavi olarak kistektomi, parsiyel nefrektomi, total nefrektomi, kistektomi ve omentoplasti tedavisi tercih edilebilir (2, 3). Biz olgumuzda böbrek kistlerinden birinin pelvikalsiel sisteme açılması ve tümör şüphesinin de olması nedeniyle total nefrektomi, mesaneden duvarı ile birlikte üreterektomi uyguladık. Renal ve intraperitoneal organlardaki HK olgularında intraperitoneal yaklaşım tercih edilmelidir. Renal ve akciğer tutulumu olan olgularda torako-abdominal yaklaşım uygundur. Mültiorgan tutulumla birlikte intraperitoneal ve retroperitoneal yayılım olan olgularda

medikal tedavi ile birlikte kist aspirasyonu düşünülebilir (3, 9). Soliter böbrek kistlerinde ve inaktif kistlerde marsupializasyon denenmelidir. Omentoplasti de bu amaçla kullanılabilir (10). HK hastalığında, en çok cerrahi kontaminasyona bağlı olarak %10 oranında nüks bildirilmiştir (2). Ameliyat öncesi dönemde başlanan ve ameliyat sonrası en az 1 ay süreyle devam edilen oral albendazol tedavisinin nüksleri azalttığı gösterilmiştir ve cerrahi ile kombine edilmesi önerilmektedir (9).

Sonuç olarak; ülkemiz gibi HK açısından endemik bölgelerde şüpheli kistik kitleler bu yönden incelenmelidir. Tedavide ana prensip kistin çıkarılması; eğer mümkün değilse kist ile beraber böbreğin çıkarılmasıdır.

KAYNAKLAR

- 1) Ammann RW, Eckert J. Cestodes Echinococcus. Gastroenterol Clin Nort Am 1996; 25: 655-689.
- 2) Spitzer A, Pottinger PS, Park JO. Hydatid cyst disease (Echinococcosis). Netter's Infectious Diseases (Netter Clinical Science) In Jong EC, Stevens DL, editors. Elsevier/Saunders, 2012, 258-261.
- 3) Yılmaz Y, Kösem M, Ceylan K, Köseoğlu B, Yalçinkaya I, Arslan H, Güneş M, Söylemez Ö. Our experience in eight cases with urinary hydatid disease: a series of 372 cases held in nine different clinics. International Journal Of Urology 2006; 13:1162-1165.
- 4) Aytac A, Yurdakul Y, İkişler C. Pulmonary hydatid disease: report of 100 patients. Ann Thorac Surg 1997;23: 145-151.
- 5) Grove DI, Warren KS, Mahmoud AAF. Algorithms in the diagnosis and management of exotic diseases: Echinococcosis. J Infect Dis 1976; 133: 354.
- 6) Kale M, Yenilmez A. Basit böbrek kistleri, nadir görülen kistler ve kist hidatik. Temel Üroloji. 4. Baskı; 2011. p.498-500.
- 7) Koşar U, Kacar M, Şirin F, Erdoğan A. Hidatid kistlerin ender lokalizasyonları ve BT görünüşleri. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 1998; 4: 457-460.
- 8) Wani RA, Malik AA, Chowdri NA, Wani KA, Naqash SH. Primary extrahepatic abdominal hydatidosis. Int J Surg 2005; 3: 125-127.
- 9) Gilgrande LA, Rodriguez Caabeiro F, Prieto JG. Randomized controlled trial of efficacy of albendazole in intraabdominal hydatid disease. Lancet 1993; 432: 1269-1272.
- 10) Beyribey S, Çetinkaya M, Adsan O, Coşkun F, Oztürk B. Treatment of renal hydatid disease by pedicled omentoplasty. J Urol 1995;154:25-27.

Yazının alınma tarihi: 22.03.2013

Kabül tarihi: 24.03.2013

Online basım: 30.03.2013

İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2013; 17: 1-4