

Hızlı Büyüyen Dev Hemorajik Basit Böbrek Kisti

Fast-Growing Giant Hemorrhagic Simple Renal Cyst: Case Report

Ramazan TOPAKTAŞ,^a
Cemil AYDIN,^a
Selçuk ALTIN,^a
Mahir KARTALMIŞ,^a
Ali AKKOÇ^a

^aÜroloji Kliniği,
Diyarbakır Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Diyarbakır

Geliş Tarihi/Received: 05.09.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 07.12.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Ramazan TOPAKTAŞ
Diyarbakır Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Üroloji Kliniği, Diyarbakır,
TÜRKİYE/TURKEY
ramazantopaktas@yahoo.com

ÖZET Basit böbrek kistleri; yaygın, benign, asemptomatikler ve genellikle tedavi gerektirmezler. Ancak zamanla bu basit kistler büyüyebilir, semptomatik hale gelebilir ve komplikasyonlar geliştirip tedavi gerektirebilir. Malignite ekarte edilemiyorsa ve pelvikalisyel sistemde obstrüksiyona veya hipertansiyona neden oluyorsa, tedaviyi gerektirmektedir. Semptomatik basit böbrek kistlerinin laparoskopik tedavisi, güvenli ve etkin, ayrıca tekrarlama ve morbidite oranı düşük başarılı bir yöntemdir. Çalışmamızda, hipertansiyonu olan sol karın ağrısı ve asimetrik karın şişliği kliniği ile başvuran 68 yaşındaki erkek hastayı sunmayı amaçladık. Abdominal görüntülemelerde son iki ayda 2,5 cm'den 25 cm boyutuna ulaşmış ekzofitik ve kanamalı basit böbrek kisti saptandı. Hastaya retroperitoneal laparoskopik kist eksizyonu uygulandı ve takibinde hipertansiyon geriledi. Altı ay sonraki bilgisayarlı tomografi takibinde nüks izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Böbrek hastalıkları, kistik; laparoskopi; hipertansiyon

ABSTRACT Simple renal cysts are common, benign, and asymptomatic and usually require no treatment. However, over time, these simple cysts can enlarge, become symptomatic and develop complications, requiring intervention. It requires treatment only when it cannot be distinguished from a malignant processor of it causes pelvicicalyceal obstruction and/or hypertension. Laparoscopic treatment of the symptomatic simple renal cysts is a safe, effective and successful method with lower recurrence and morbidity. We aimed to present a case of a 68-year-old man with hypertension who presented with left abdominal pain and asymmetric swelling. Abdominal imaging revealed exophytic and haemorrhagic simple renal cyst that enlarged size of 2.5 cm to 25 cm in the last two months. The patient was treated by retroperitoneally laparoscopic cyst excision, followed by resolution hypertension. A follow-up computed tomography at 6 months showed no evidence of recurrence.

Key Words: Kidney diseases, cystic; laparoscopy; hypertension

Türkiye Klinikleri J Urology 2013;4(3):151-4

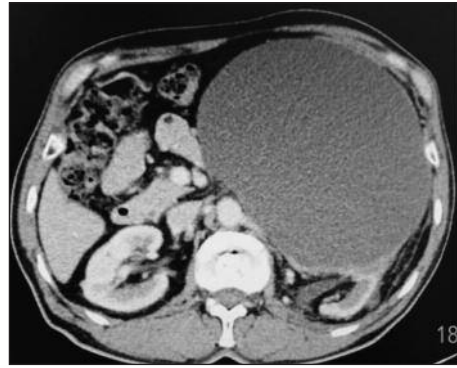
Basit böbrek kistleri, böbreğin en sık görülen selim kitleleridir, sıklığı yaşla birlikte artar ve 40-60 yaşları arasında %30'a kadar çıkmaktadır.¹ Hastaların çoğu asemptomatik olmasına rağmen, nadiren kalisyel sistem ve renal pelvis basısına bağlı olarak yan ağrısı görülür. Segmental iskemi, renal ve segmental arter basısına bağlı renin artışı hipertansiyona sebep olabilir ayrıca hematüri ve tekrarlayan üriner enfeksiyona da sebep olabilirler. Basit kistlerde tanı kolayca konulabilir. En önemli tanısal sorun, maligniteye yatkınlık gösteren kompleks kistlerle, basit kistleri doğru biçimde ayırt etmektir. Semptomatik basit böbrek kistlerinde geçmişte açık

cerrahi yöntemler uygulanmış ve iyi sonuçlar alınmıştır, ancak morbiditesinin fazla olması ve hasta memnuniyetinin az olması nedeniyle alternatif tedaviler uygulanmaya başlanmıştır. Daha az invaziv girişimlerin popüler hale gelmesiyle, perkütan kist aspirasyonu sonrası sklerozan madde enjeksiyonu ve laparoskopik kist duvarı eksizyonu da tedavi seçenekleri arasında yerini almıştır.² Laparoskopik böbrek kisti tedavisi ise minimal invaziv ve açık cerrahiye alternatif tedavi metodu olarak ilk kez 1992 yılında uygulanmıştır.³ Böbrek kistlerinin laparoskopik tedavisinde retroperitoneal ve transperitoneal olmak üzere iki türlü yaklaşım bulunmaktadır.

Biz bu çalışmamızda, sol böbrek alt polden abdominaline doğru uzanan, aylar içerisinde hızla büyüyen ve laparoskopik kist eksizyonu uygulanan büyük basit hemorajik kist olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Son üç haftadır karnın sol üst ve orta kısmında ağrı ve şişlik şikâyeti olan 68 yaşında erkek hasta, polikliniğimize başvurdu. Hikâyesinden herhangi bir travmaya maruz kalmadığı, karnındaki asimetrik şişkinliğin son iki ayda meydana geldiği ve yüksek tansiyon (170/110) mm Hg nedeniyle son üç aydır ilaç kullandığı öğrenildi. Başka ilaç öyküsü yoktu. Fizik muayenede, batın sol üst kadrandan alt kadrana uzanan asimetriye yol açan ve ele gelen palpasyonda hafif ağırlı kitle saptandı. Yapılan tam kan ve biyokimyasal analizde patoloji saptanmadı. Üç ay önceki dış merkezli tetkikleri incelendi ve ultrasonografisi (USG)'nde sol böbrek alt polde yaklaşık 2,5 cm boyutunda düzgün sınırlı basit kist olduğu görüldü. Yenilenen USG'de sol böbrek alt polden abdomene doğru uzanan 23x17 cm boyutlarında kalın duvarlı, heterojen içerikli ve düzgün konturlu kistik lezyon saptandı. Bunu takiben hastaya yapılan kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol böbrek alt polden kaynaklanan ve batın sol yarısını dolduran yaklaşık 25x18 cm boyutunda kontrast tutmayan kistik kitle saptandı (Resim 1). Abdominopelvik manyetik rezonans görüntüleme (MR)'de ise 26x19 cm boyutunda komplike hemorajik kist lehine bulgular saptandı (Resim 2). Bu



RESİM 1: Sol böbrek orta-alt pol kaynaklı büyük böbrek kisti BT görüntüsü.



RESİM 2: İçerisinde kanamanın da görüldüğü sol böbrek kistin MR görüntüsü.

bulgular ışığında önce litotomi pozisyonunda retrograd pyelografi yapılarak kistin toplayıcı sistemle ilişkili olmadığı görüldü ve hastaya sol flank pozisyonunda retroperitoneal laparoskopik kist eksizyonu uygulandı. Makroskobik olarak batın sol üste doğru uzanım gösteren, düzgün yüzeyle, kalın duvarlı, kahve renkli sıvı ile dolu kist izlendi. Kist duvarı açılmadan laparoskopi eşliğinde ciltten 18 G çapında giriş iğnesi ile girilerek sitoloji ve kültür incelemelerine gönderilmek üzere kist içeriği aspire edildi. Kistin posterior duvarı monopolar koagülasyon kullanılarak yaklaşık 5 cm çapında eksize edildi ve 2500 cc kahverengimsi sıvı aspire edildi. Operasyon süresi 64 dakika idi. Postoperatif birinci gün dreni çekildi ve taburcu edildi. Patolojide sitolojik incelemede malign hücreler izlenmedi ve kültüründe üreme olmadı. Kist duvarı patolojik incelemesinde ise nonkomplike basit renal kist saptandı. Hasta postoperatif üç gün içinde yaklaşık iki kilo kaybetti ve postoperatif altıncı ay kontrolünde tansiyonu ilaç kullanmaksızın normal seviyelere

(130/90 mm Hg) gerilediği görüldü. Postoperatif altıncı ayda çekilen abdominal tomografide kistin tamamen kaybolduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Basit böbrek kistleri yetişkin bireylerde çok sık görülür ve tanısı radyolojik incelemede tesadüfen konur. USG, BT ve MRG incelemelerinin yaygınlaşması bu hastalığın sıklığında artışa yol açmıştır. Genellikle benign seyirli olan bu kistler nadiren de olsa hematuri, yan ağrısı, hipertansiyon, tekrarlayan üriner enfeksiyon ve pelvikalisyel sistem obstrüksiyonu yapabilirler.

Böbrek kistlerinin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir ve neden olan genetik faktör şimdiye kadar bulunamamıştır. Görülme sıklığı erkek ve kadında benzerdir ve yaşla birlikte artar. Kistlerin yıllık büyüme hızı 2,18 mm'dir.⁴ Kistlerin USG ile tanısı konduktan sonra mutlaka BT ile Bosniak sınıflamasının yapılması gerekir.⁵ Basit kistler Bosniak sınıflamasına göre Tip 1 ve Tip 2 olan kistlerdir.⁶ Olgumuzda kist iki ay içerisinde çok hızlı büyüyerek 2-3 cm'den 20 cm'nin üzerine çıkmış ve semptomatik hale gelmiştir.

On beş cm ve üzerindeki dev böbrek kistleri daha nadir görülür ve sekonder hipertansiyona daha küçük kistlere göre daha sık sebep olurlar. Büyük boyutlara ulaşan kist lokal renal iskemiye sebep olur bu da renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini aktif hale getirerek hipertansiyona sebep olabilir.⁷ Kist dekortikasyonu sonrası hipertansiyon gerileyebilmektedir. Bizim olgumuzda da kist tedavisi sonrası altıncı ay kontrolünde tansiyon normal seviyelere gerilemiştir.

Basit renal kistlerin renal hücreli karsinoma dönüşmesi oldukça nadirdir. Sakai basit böbrek kis-

tinin kistik renal hücreli karsinoma altı yıllık takip sonrasında dönüşme potansiyelini göstermiştir.⁸ Basit böbrek kistlerinin %6'sı hemorajik sıvı içerir.⁹ Sunduğumuz olgunun BT'sinde heterojen içerikli ve kalın duvarlı kist tespit edilmesi üzerine maligniteyi ekarte etmek amaçlı MRG istendi ve hemorajik kist olarak rapor edildi.

Günümüze kadar kazanılan deneyimle, laparoskopik kist eksizyonu, güvenli, etkin ve minimal invaziv bir yöntem olarak açık cerrahiye iyi bir alternatif seçenektir. İş gücü kaybı, hastanede yatış süresi, morbidite ve mortalitenin azlığı, tekrarlama riski ve hasta memnuniyeti açısından laparoskopi en iyi cerrahi seçenek gibi görünmektedir. Laparoskopik basit böbrek kist dekortikasyonunun rapor edilmiş ortalama başarı oranları yaklaşık %90'dır. Başarı oranları kist lokalizasyonu, cerrahın tecrübesi, operasyon tekniği gibi faktörlerle ilişkili olabilir.¹⁰ Laparoskopik girişim olarak uzun yıllardır transperitoneal yaklaşım kullanılmasına rağmen, retroperitoneal yaklaşım da son yıllarda sıkça kullanılan bir yöntem olmuştur.¹¹ Retroperitoneal yaklaşımın avantajları, intraperitoneal organ yaralanma riskinin az olması, retroperitonun kanama ya da üri-nom gibi komplikasyonlarda sınırlayıcı olması, peritonit riskinin az olması ve batın cerrahisi geçirenlerde rahatlıkla uygulanabilmesidir. De-avantajları ise daha dar bir çalışma alanı ve büyük kistlerde böbreği mobilize etmekteki zorluktur. Daha geniş görüş alanı sağladığından, genellikle anterior, üst pol ve büyük boyutlu kistlerde transperitoneal yaklaşım tercih edilirken; posterior ve alt pol kistlerde daha çok retroperitoneal yaklaşım tercih edilmektedir. Biz bu olguda, retroperitoneal yöntem tecrübemizin transperitoneal yöntemden daha iyi olması ve kistin alt pol kaynaklı olması nedeniyle retroperitoneal yaklaşımı tercih ettik.

KAYNAKLAR

1. Sandler CM, Houston GK, Hall JT, Morettin LB. Guided cyst puncture and aspiration. *Radiol Clin North Am* 1986;24(4):527-37.
2. Nieh PT, Bihrie W 3rd. Laparoscopic marsupialization of massive renal cyst. *J Urol* 1993;150(1):171-3.
3. Hulbert JC. Laparoscopic management of renal cystic disease. *Semin Urol* 1992;10(4):239-41.
4. Terada N, Ichioka K, Matsuta Y, Okubo K, Yoshimura K, Arai Y. The natural history of simple renal cysts. *J Urol* 2002;167(1):21-3.
5. Bosniak MA. The current radiological approach to renal cysts. *Radiology* 1986;158(1):1-10.
6. Huri E, Akgül T, Karahan T, Yücel Ö, Germiyanoğlu C. [Comparison between retroperitoneal and transperitoneal approaches in laparoscopic treatment of Bosniak type I renal cysts]. *Turkish Journal of Urology* 2009;35(1):7-10.
7. Donnelly S, Shah BR. Erythropoietin deficiency in hyporeninemia. *Am J Kidney Dis* 1999;33(5):947-53.
8. Sakai N, Kanda F, Kondo K, Fukuoka H, Tanaka T. Sonographically detected malignant transformation of a simple renal cyst. *Int J Urol* 2001;8(1):23-5.
9. Grantham JJ. Pathogenesis of renal cyst expansion: opportunities for therapy. *Am J Kidney Dis* 1994;23(2):210-8.
10. Abbaszadeh S, Taheri S, Nourbala MH. Laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts: experience from a referral center in Iran. *Int J Urol* 2008;15(6):486-9.
11. Hemal AK, Aron M, Gupta NP, Seth A, Wadhwa SN. The role of retroperitoneoscopy in the management of renal and adrenal pathology. *BJU Int* 1999;83(9):929-36.