

# Olgu Sunumu: Primer Renal Hidatik Kist

Ali BEYTUR<sup>1</sup>, Ülkü KARAMAN<sup>2</sup>, Emine TÜRKMEN ŞAMDANCI<sup>3</sup>,  
Yusuf YAKUPOĞULLARI<sup>4</sup>, Yücel TATAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Beydağı Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, <sup>2</sup>Beydağı Devlet Hastanesi Parazitoloji Laboratuvarı, <sup>3</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, <sup>4</sup>Beydağı Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Malatya, Türkiye

**ÖZET:** Hidatik kist Akdeniz havzası, Ortadoğu ve Avustralya’da yaygın bir parazitik hastalıktır. Spesifik olmayan yakınmalar ve rutin laboratuvar testlerinde pozitif bir bulgu olmaması nedeniyle tanısı bazen güç olmaktadır. Bu çalışmada, genç bir kadın hastada saptanan izole sağ böbrek hidatik kisti sunulmuştur. Total nefrektomi ile kist çıkarılmış, ancak, şüpheli klinik bulgular nedeniyle tedavideki gecikmenin organ kaybının en önemli nedeni olduğu görülmüştür. Belirsiz flank ağrı şikayeti olan hastalarda renal hidatik kistin göz önünde bulundurulması faydalı olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Hidatik kist, böbrek kisti, nefrektomi

## Case Report: Primary Renal Hydatid Cyst

**SUMMARY:** Hydatid cyst is a prevalent parasitic disease in Mediterranean region, Middle East and Australia. Its diagnosis is sometimes problematic because of nonspecific complaints and unavailability of any positive result in a routine laboratory analysis. In this study, an primary right renal hydatid cyst which was found in a young female has been presented. The multilocular cyst was completely removed by total nephrectomy surgery. A late diagnosis due to unclear clinic manifestations was considered to be the main reason for the loss of the organ. It will be beneficial to consider a renal hydatid cyst when the patients with blurred flank pain are encountered.

**Key Words:** Hydatid cyst, renal cysts, nephrectomia

## GİRİŞ

Hidatik kist, *Echinococcus granulosus*’un neden olduğu bir helmint enfeksiyonudur. (10). Ülkemizdeki yaygınlığı ortalama 6,3/100.000 olarak saptanmıştır (11). En sık tutulan organ karaciğer olmakla beraber böbrek tutulumu yaklaşık %2 oranında bildirilmektedir (12). Hastalığın klinik belirtileri kistin lokalizasyonu ve büyüklüğüne bağlı olup küçük ve/veya kalsifiye kistler ömür boyu asemptomatik kalabilir.

Primer renal hidatik kist oldukça nadir rastlanan bir hastalıktır (7). Sunulan olguda zaman zaman şüpheli flank ağrı şikayeti ile Beydağı Devlet Hastanesi Üroloji kliniğine başvuran kadın hastada saptanan primer renal hidatik kist bildirilmektedir. Sunulan olguda da hidatik kist asemptomatik seyretmiş ve hastaya parsiyel nefrektomi mümkün olmamış ve total nefrektomi yapılmıştır. Bu olgu, özellikle ülkemiz gibi bu hastalığın yaygın olduğu toplumlarda böbrek lokalizasyonlu kistlere yaklaşımda hidatik kistin göz önünde bulundurulması gerektiğine ve geç olgularda organ kaybına neden olabileceğine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

## OLGU

Malatya Beydağı Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği’ne 2 aydır sırtına doğru yayılan sağ yan ağrısı şikayetiyle başvuran bayan hasta 21 yaşında olup bekardır. Herhangi bir işte çalışmayan hasta, şehir merkezinde yaşamaktaydı ve kırsal bölgeye seyahati olmamıştır. Fizik muayenesinde önemli bir bulgu saptanamayan hastanın kan sayımı, kan biyokimyası, serolojik tetkikleri ve idrar analizinde önemli bir bulguya rastlanılmamıştır. Batın ve pelvisin ultrasonik incelemesinde sağ böbrek üst polde yaklaşık 7 cm’ lik septalı kist görülmüştür. Bunun üzerine yapılan bilgisayarlı tomografide (BT) septalı kistin karaciğerle olan sınırları değerlendirmediği için manyetik rezonans taraması (MR) yapılmıştır. MR görüntüleme kistin böbrekte sınırlı olduğu saptanmıştır (Şekil 1).

Kist hidatik için yapılan indirekt hemaglütünasyon (IHA) testinde 1/512 pozitiflik tespit edilmiştir. Yapılan BT taramasında akciğer ve beyinde de patolojiye rastlanılmamıştır. İntravenöz piyelografide (IVP) kistin toplayıcı sistemle bir bağlantısının olmadığı görülerek, hastaya primer renal hidatik kist ön tanısı konulmuştur. Hasta, bir haftalık 800 mg/gün albendazol tedavisi sonrası parsiyel nefrektomi planlanarak ameliyata alınmıştır.

Flank pozisyonunda retroperitoneal cerrahi yaklaşımıyla böbrek eksplere edilmiştir. Kistin böbrek hilusuna doğru uzadığı, peritonun bu bölgede kalınlaştığı ve kistten çevre dokulara yapışık-

Makale türü/Article type: **Olgu Sunumu / Case Report**

Geliş tarihi/Submission date: 09 Nisan/09 April 2009

Düzeltilme tarihi/Revision date: -

Kabul tarihi/Accepted date: 26 Mayıs/26 May 2009

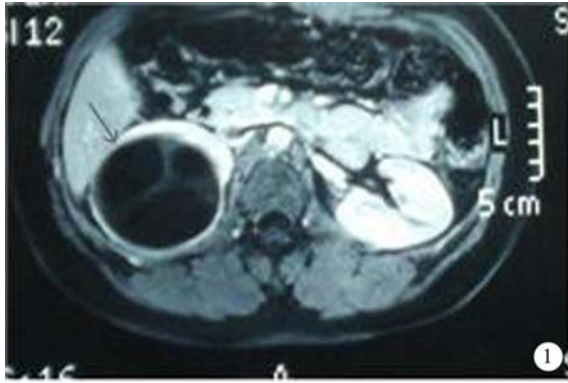
Yazışma /Corresponding Author: Ülkü Karaman

Tel: (90) (422) 341 06 60 Fax: -

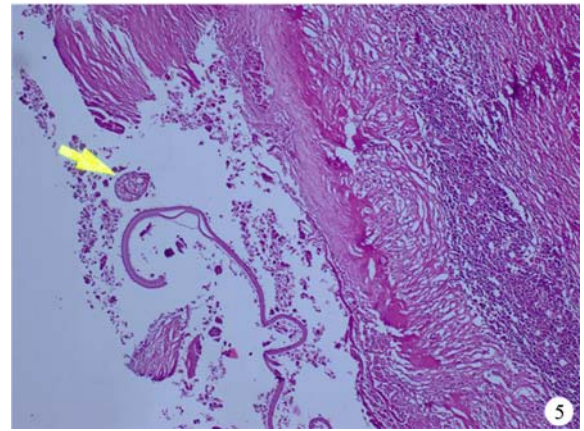
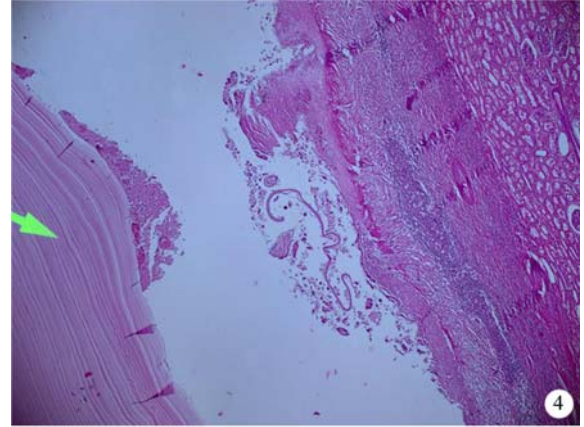
E-mail: ulkukaraman@yahoo.com

lar olduğu görülmüştür. Peritondan ayrılan kistin parsiyel nefrektomi ile çıkarılamayacağı anlaşılınca hastaya total nefrektomi yapılmıştır. Kist patlatılmadan bütün halinde çıkarılmıştır. Ameliyat loju distile su ile yıkanmıştır. Hasta, komplikasyonsuz olarak ameliyat sonrası dördüncü gün taburcu edilmiştir. Yapılan takiplerde herhangi bir sorun gelişmemiştir.

Rezeksiyon materyali (Şekil 2) patoloji laboratuvarına gönderilmiştir. Kortikomedüller yerleşim gösteren multiloküle kistin (Şekil 3) histopatolojik incelemesinde komşu parankimi basıya uğratan ve hidatik kist için tanısız olan kronik inflamasyonlu fibröz doku ile çevrelenmiş asellüler lameller membran (Şekil 4) ve skoleksler (Şekil 5) görülmüştür.



**Şekiller 1.** Sağ böbrek üst polde yerleşim gösteren multiloküle kistin MR görüntüsü; **2.** Sağ böbrek rezeksiyon materyali. Böbrek üst polde 7 cm çapında kistik lezyon; **3.** Rezeksiyon materyalinin sagittal kesiti.



**Şekiller 4.** Asellüler lameller membran (HE, 40X); **5.** Skoleks (HE, 100X)

## TARTIŞMA

*Echinococcus granulosus*'in erişkini köpekgillerin ince bağırsağında yaşar. Kontamine gıdaların yenmesi ile parazitin yumurtaları oral yoldan insan vücuduna girer ve gastrointestinal sistemde açılarak onkosferler serbest kalır. Sahip olduğu çenğelleri sayesinde barsak duvarına tutunan embriyo, intestinal dokuya invaze olur ve buradan portal yol ile karaciğere ulaşarak infeksiyonu başlatır (10). Karaciğerden komşuluk yoluyla yakın organlara veya kan akımı ile uzak organlara yayılabilir. Bu nedenle hastalığın klasik tutulumu karaciğer olmakla birlikte, akciğer, böbrek, dalak, beyin, kemik ve kalp başta olmak üzere hemen hemen her organa yerleşim gösterebilmektedir (1, 2). Kist hidatik %85–90 oranında tek organ tutulumu yapmaktadır (10). Bu olguda böbrekte tespit edilmiş olup incelemeler sonucunda primer hidatik kist olarak kabul edilmiştir.

Hastaların yaklaşık %50'sinde gözlenen hafif eozinofili dışında rutin laboratuvar tetkikleri içinde hidatik kisti düşündürecek özel bir bulgu saptanamamaktadır (7). Dolayısı ile görüntüleme yöntemleri erken tanının sağlanmasında önem taşımaktadır. Ultrasonografinin (USG) renal kist tanısındaki etkinliği yüksektir. Gharbi (4), ultrasonografik değerlendirilme-

hidatik kistleri morfolojilerine göre beş tipe ayırmışlardır. Tip-1: sıvı dolu kistler; tip-2: sıvı ile dolu, bölünmüş kistler; tip-3: septalı kistler; tip-4: heterojen eko özellikleri gösteren kistler ve tip-5: kalın ve kalsifiye duvarlı kistler. Renal kist hidatik tanısında BT daha fazla bilgi sağlamaktadır. Özellikle kontrastlı BT taramasında komplike kistler ile renal hücreli karsinomun ayırıcı tanısı yapılabilenkte, rezidüel parankim, böbrek dışı hastalık ve kistin toplayıcı sistemle olası ilişkisi hakkında bilgi edinilebilmektedir (5, 9). Bu olguda da hastaya ultrasonografi çekilmiş hidatik kisten şüphelenince İHA, İVP, MRI ve Bilgisayarlı tomografi ile tanı konulmuştur.

Üriner sistemde yerleşen hidatik kistlerin spesifik bir bulgusu bulunmamaktadır. Genellikle büyüyen kistin oluşturduğu komplikasyonlara bağlı semptomlar klinik tabloyu belirler. Böbrek yerleşimli kistler, renal rüptür, kist infeksiyonu, retroperitoneal hemoraji ve perirenal yayılım gibi sorunlara neden olabilmektedir (8). Fekak H ve ark.(3), 1972–2000 yılları arasında Fas'ta gerçekleştirdikleri bir çalışmada, 90 renal hidatik kist olgusunu değerlendirerek hastaların %84'ünde flank bölgede kitle, %74'ünde ağrı ve %24'ünde hidatüri gözlemlendiğini saptamışlardır. Aynı çalışmada, hastaların %55'inde serolojik test ile pozitif sonuç elde edilmiştir. Tunus'tan Horchani A ve ark.(6), 11 yılda değerlendirdikleri 147 olguluk renal hidatik kistli hastalarının %84'ünde lumbal veya lumbosakral ağrı ve %28'inde hidatüri saptamış ve tanıda temel yöntemin ultrasonografi ve tomografi olduğu vurgulanarak açık cerrahinin en etkin tedavi yöntemi olduğunu bildirmişlerdir. Sunulan olguda da hastaya cerrahi tedavi uygulanmış, kist bütün olarak çıkarılmış ve ameliyat loju distile su ile yıkanmıştır. Hastada ameliyat esnasında ve sonrasında herhangi bir alerjik reaksiyon gelişmemiştir. Hastaya albendazol kullanılmış olup hastada komplikasyon gelişmeden iyileşme sağlanmıştır.

Bu olguda, kırsal kesimle hiç teması olmayan genç bir hastada saptanan primer renal hidatik kist sunulmuştur. Zaman zaman ortaya çıkan hafif sırt ağrısı dışında herhangi bir şikayeti olmayan hasta, son haftalarda ağrıların belirlenmesi ve sabitlenmesi sonucu üroloji polikliniğine başvurma gereksinimi duymuştur. İlk etapta yapılan fizik muayene, laboratuvar incelemeleri ve direkt grafide önemli bir bulgu saptanamayınca, abdominopelvik USG ile kist izlenmiştir. Bu hastada indirekt hemaglitünasyon testi ile pozitif sonuç alınmış ve histopatolojik inceleme ile kesin tanı konmuştur. Retroperitoneal yaklaşımla, olası bir kist rüptürü ile peritoneal ekim riskine karşı tedbir alınmıştır. Operasyon esnasında kistin böbrek dokusundan ayırmanın mümkün olmayacağı anlaşılmış ve total nefrektomi operasyonu uygulanmıştır. Tedavi gecikmesinin, bu olgudaki organ kaybının en önemli nedeni olduğu düşünülmüştür. Belirsiz klinik tablo, tanının ve tedavinin gecikmesinin başlıca nedeni olarak görülmüştür.

Sonuç olarak, böbrek kistlerine yaklaşımda, nadir yerleşimli olsa da, hasta primer veya sekonder hidatik kist yönünden değerlendirilmelidir. Çünkü hidatik kist, olguda görüldüğü üzere

hastalarda organ kaybına neden olabilen sinsi seyirli bir hastalık olarak önemini korumaktadır. Bu nedenle hastalık tanısı için serolojik testler, USG ve gerekiyorsa BT taraması yararlanılacak testlerdir. Özellikle Gharbi sınıflamasına göre tip 3 – 5 kistlerde daima lezyon iyice araştırılmalı ve hidatik kist şüphesinde serolojik inceleme yapmaktan kaçınılmamalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. **Budak S**, 1991. Hidatik kist'in epidemiyolojisi. *İnsanlarda ve Hayvanlarda Kist Hidatik*. Türkiye Parazitoloji Derneği Yayınları No: 10.
2. **Daldal N, Özdemir N**, 1991. Hidatik kist'in patogenezi. *İnsanlarda ve Hayvanlarda Kist Hidatik*. Türkiye Parazitoloji Derneği Yayınları No: 10, s.65-76.
3. **Fekak H, Bennani S, Rabii R, Mezzour MH, Debbaqh A, Joual A, Mrini M**, 2003. Hydatid kidney cyst: 90 case reports. *Ann Urol*, 37: 85 – 89.
4. **Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, Dupoch K**, 1981. Ultrasound examination of the hydatid liver. *Radiology*, 139: 459-463.
5. **Goel MC, Sharma BC, Baijal SS**, 1994. Hydatid disease of the kidney: evaluation and features of diagnostic procedures. *J Urol*, 152: 2104.
6. **Horchani A, Nouira Y, Kbaier I, Attyaoui F, Zribi AS**, 2000. Hydatid cyst of the kidney. A report of 147 controlled cases. *Eur Urol*, 38: 705 – 706.
7. **Kilciler M, Bedir S, Erdemir F, Coban H, Sahan B, Ozgok Y**, 2006. Isolated unilocular renal hydatid cyst: a rare diagnostic difficulty with simple cyst. *Urol Int*, 77: 371-374.
8. **Özkan B, Sancaklı Ö, Çitçi Ş, Demirkesen O, Alıcı B**, 2005. Böbreğin Hidatik kist hastalığı. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 36: 84 – 89.
9. **Turgut AT, Odev K, Kabaalioglu A, Bhatt S, Dogra VS**, 2009. Multitechnique evaluation of renal hydatid disease. *AJR Am J Roentgenol*, 192: 462-467.
10. **Unat EK, Yücel A, Altaş K, Samastı M**, 1995. *Unat'ın Tıp Parazitolojisi*. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları.
11. **Yazar S, Taylan A, Hökelek M, et al.**, 2008. Türkiye'de 2001 – 2005 yılları arasında kistik ekinokokkozis. *Türkiye Parazitoloj Derg*, 32: 208 – 210.
12. **Zmerli S, Ayed M, Horchani A, Chami I, El Quakti M, Ben Slama MR**, 2001. Hydatid cyst of the kidney: diagnosis and treatment. *World J Surg*, 25: 68–74.