



Dev Böbrek Kistik Ekinokok Hastalığı: Olgu Sunumu

Giant Renal Cystic Echinococcosis: Case Report

Cavit Ceylan¹, Öner Odabaşı¹, T. Ahmet Serel¹, Özkan Baytok¹, Tülay Temuçin²

¹Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Ekinokokkosis dünyanın pek çok yerinde endemiktir. Ekinokokkosis, insan vücudunun pek çok yerinde görülebilmesine rağmen izole böbrek tutulumu nadir olup vakaların yalnızca %2-4'ünde görülebilir. Renal ekinokokkosis hastalığının tanısını koyduracak spesifik klinik semptom ya da bulgu yoktur. Rutin kan testleri eozinofili dışında normaldir ki bu bulgu vakaların %20'sinde bulunur. Radyolojik çalışmalar preoperatif tanıda önemli bir yer tutmaktadır. Ama intravenöz pyelografi ya da direkt ürografide spesifik bir bulgu yoktur. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide ekinokokkosis'e ait her zaman spesifik bir bulgu olmayabilir. Ekinokokkosis hastalığı özellikle endemik olan ülkelerde solid organlarda ya da diğer anatomik yerlerdeki kistik lezyonların ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Biz bu vakada nefrektomi ile tedavisini yaptığımız, komplike kisti taklit eden izole dev renal kistik ekinokokkosisli bir hastayı sunduk. (*Türkiye Parazitolojisi Dergisi* 2013; 37: 61-3)

Anahtar Sözcükler: Dev kistik ekinokok, renal kist, nefrektomi

Geliş Tarihi: 03.07.2011

Kabul Tarihi: 28.11.2012

ABSTRACT

Echinococcosis is endemic in many parts of the world. Although echinococcosis can be present in all parts of the human body, urinary tract involvement develops in only 2-4% of all cases, and isolated renal cysts are extremely rare. There are no specific clinical symptoms or signs that will reliably confirm the diagnosis of renal echinococcosis. Routine blood tests are generally normal except for eosinophilia, which is found in only 20% of the cases. Radiological studies have a more important place in the preoperative diagnosis of renal hydatid disease. However, there is no specific sign on plain urography or intravenous urography, and ultrasound or computed tomography cannot always show a echinococcosis as a specific lesion. Echinococcosis should be included in the differential diagnosis of cystic lesions in solid organs or other anatomic sites, especially in endemic countries. We presented a patient with isolated giant renal cystic echinococcosis mimicking a complicated cyst who was treated successfully with nephrectomy. (*Turk Parazitolojisi Dergisi* 2013; 37: 61-3)

Key Words: Giant cystic echinococcosis, renal cysts, nephrectomy

Received: 03.07.2011

Accepted: 28.11.2012

GİRİŞ

Kistik ekinokokkosis (KE) paraziter bir hastalık olup dünyanın çeşitli bölgesinde endemik bir tablo oluşturmaktadır. Hastalık *Ekinokokus Granulosus* ve *Ekinokokus Multilokularis* parazitlerinin ara konakçı hayvanlardan insanlara geçişiyle meydana gelmektedir (1). KE hastalığı esas olarak karaciğer ve akciğerde görülmekle birlikte %2-4 oranında böbrekleri de tutabilmektedir (2, 3). Biz radyolojik olarak komplike kisti

taklit eden dev renal ekinokokkosis olgusunun, literatüre katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

OLGU SUNUMU

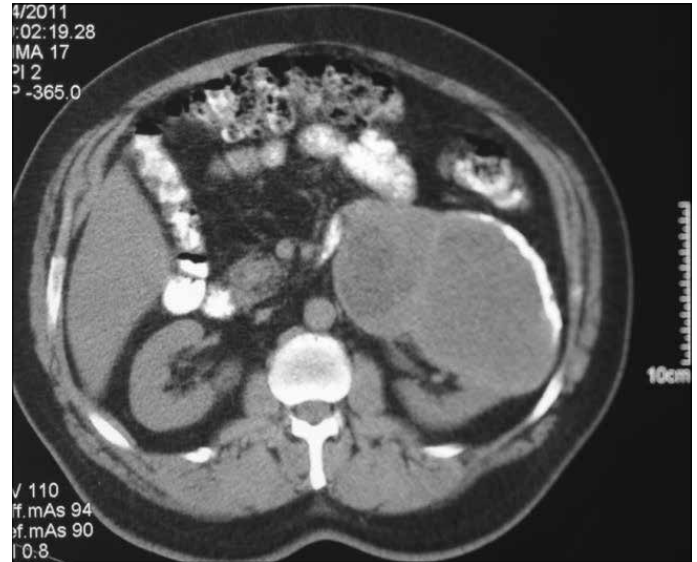
Elli iki yaşında evli resmi bir kurumda çalışan erkek hasta, bir yıldır zaman zaman sol lomber bölgede müphem ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol üst kadranda ele gelen immobil kitle tespit edildi. Laboratuvar tahlilinde kan ve idrar testlerinde özellik saptanmadı. Yapılan ultra-

sonografide; sol böbrek üst polde yaklaşık 150x120 mm boyutlarında ufak kistik alanlar içeren solid kitle lezyonu izlendi. Abdomen Bilgisayarlı tomografide (BT) sol böbrek orta üst pol kesiminden kaynaklanan yaklaşık 15x12x12 cm boyutlarında ekzofitik, yer yer cidar ve santral kalsifikasyon içeren kistik nekrotik, kitle lezyonu izlendi. Kitle pankreas gövde ve kuyruğu, mide major kurvatur ve splenik hilus ile temas gösteriyordu. Abdomen Magnetik Resonans'da (MR) sol böbrek orta kesim renal pelvis düzeyinden orijin alan ekzofitik uzanımlı T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens, kontrast madde enjeksiyon sonrası periferik kontrastlanması olan, yaklaşık 15x15 cm boyutlarında kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Hastaya serolojik test yapılmadı. Hasta komplike kist ön tanısıyla operasyon için yatırıldı ve gerekli bilgilendirilmiş onam formu alındı. Genel anestezi altında chevron insizyonla işlem uygulandı. Kitle, böbreği posterior-inferiora itmiş, medialde kolon, pankreas başına ve üst posteriora dalağa yapışmıştı. Böbrek parankimi ve toplayıcı sistemi ile sınırı net ayırt edilemeyen yaklaşık 17 cm boyutunda olan kitle, böbrekle birlikte eksize edildi (Resim 2). Patoloji spesmeninde makroskopik olarak böbrek dokusu yanında, düzgün sınırlı tümöral kitle izlendi. Yapılan kesitlerde tümörün böbrek dokusu ile ilişkili olduğu, krem/pembe renkli membranöz yapılar ve nekrotik alanlar içerdiği görüldü (Resim 3). Mikroskopik incelemede, kesitler hematoksin-eozin ile boyandı ve ışık mikroskopisi ile incelendi. Kesitlerde granülasyon dokusunun çevrelediği, özellikle eozinofilik lamellerden oluşan kutikül tabakası görüldü (Resim 4a, b: ok başı ve ince ok). Histopatolojik bulgular eşliğinde olgu KE olarak değerlendirildi.

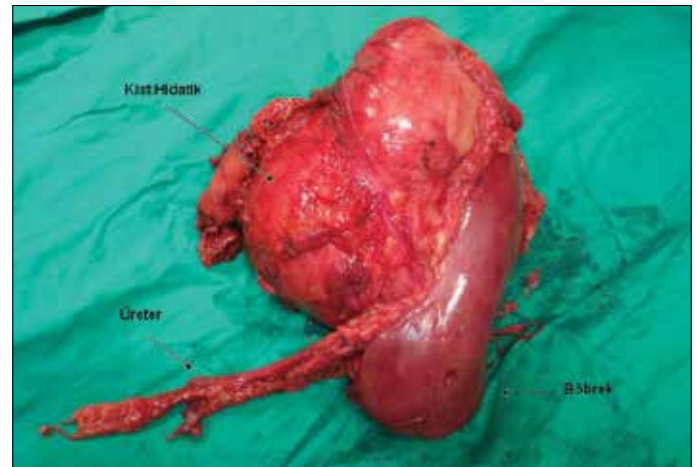
TARTIŞMA

Kistik ekinokoksis çoğunlukla karaciğer ve akciğeri tutmaktadır. Karaciğer tutulumu olmadan diğer organları tutması oldukça nadirdir. Böbrek KE'u genellikle nonspesifik abdominal ve lomber bölgede ele gelen büyük bir kitle ile birlikte (2, 3). Hastalık, karaciğer ve akciğer dışında %2-4 oranında böbrekleri de tutabilmektedir (4, 5). Böbrek tutulumu tek başına olabileceği gibi, diğer komşu organlar ile birlikte de olabilir. *Echinococcus granulosus* ve *multilocularis*'un sebep olduğu KE genitoüriner sistemdeki tutulum yeri, hemen hemen daima böbrek iken, çok nadir olarak prostat, mesane ve epididimal tutulumda gözlemlenebilir. *Echinococcus multilocularis*'in oluşturduğu KE diğer parazite göre, daha agresiftir. Komşu organlara invazyon göstermesi sebebiyle, cerrahi işlem sırasında çıkarılması da oldukça zordur (1). Bizim vakamızın cerrahi eksizyon sırasında çevre dokulara ileri derecede yapışıklık gösteren agresif ve böbrek dokusu ve çevre dokulara penetran bir özelliği olmakla birlikte histopatolojisi *Echinococcus Granulosus* olarak değerlendirilmiştir. Hastalık genellikle lomber bölgede müphem bir ağrıya neden olabilir. Bazen de hastaların idrarında "grape skin" olarak adlandırılan beyazımsı, üzüm benzeri skoleksler gözlemlendiği gibi lomber bölgede palpable kitle de görülebilir. Abdomen BT ile radyolojik tanı, ultrasonografiden daha iyi konur. Kist USG ve BT'de sıklıkla etrafı kalsifiye olarak tanımlanır (4). Öte yandan bizim olgumuzda sonografik incelemede kistin tariflemesinde çelişki gözlemlenmiştir. MR ise kistin anatomik konfigürasyonunu daha iyi tanımlayabilir. İntravenöz urogram, kistin renal toplayıcı sistem ile bağlantısını ekarte etmek için kullanılabilir (6). KE'nin serolojik tanısında Casoni Deri (intra dermal-ID) Testi, Komplement Birleşmesi

(Weinberg reaksiyonu), İndirekt Floresan Antikor Testi (IFAT), Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA), İndirekt Hemagglütinasyon Testi (IHAT), Western Blot (WB) gibi pek çok test kullanılmışsa da bu testlerden tek bir testin kullanımı, bazen yetersiz kalabilmektedir. KE'de serolojik testlerin birlikte kullanılması, tanı koymada duyarlılığını artırmaktadır. Bu nedenle en az iki testin birlikte kullanılmasının daha güvenilir olacağı bildirilmiştir. Ayrıca uygulanması nispeten zor olan WB yönteminin IFAT ve IHAT yöntemleri ile birlikte kullanılmasının duyarlılığı çok daha arttıracığı ortaya konmuştur (5, 7). Kist tedavisinde; perkütan aspirasyon, enjeksiyon ve re-aspirasyon (PAIR-PD) ile perkütan drenaj yöntemi denebilir, ancak tecrübe gerektiren bir işlemdir. Ama bu yöntem unilokuler kist vakalarının sadece %70'de başarı sağlayabilmektedir (8). Bu yüzden renal KE vakalarında cerrahi kaçınılmaz ve başlıca tedavi yöntemidir. Cerrahi teknik, hekimin tecrübesine, kist hacmine ve lokalizasyonuna bağlı olarak değişmekle birlikte, son zamanlarda çok az vakada da kistin retroperitoneal eksizyonu ve laparosko-



Resim 1. Sol böbrek üst orta polde yerleşim gösteren komplike kistin kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsü



Resim 2. Sol böbrek rezeksiyon materyali. Böbrek üst polde 17 cm çapında kitle lezyon



Resim 3. Patolojik piyesin makroskopik görüntüsü

pik nefrektomi gündeme gelmiştir (9, 10). Ama bizim vakamızda, kistin unblok çıkarılmasının olanaksızlığı, çevre dokulara yapışıklık göstermesi, böbrek ve komşu organları komprese edecek düzeyde agresif yapısından dolayı; biz açık cerrahi operasyonu tercih ettik. Renal KE olgularında cerrahi yöntem olarak, kistin total veya wedge rezeksiyonunu takiben marsupializasyon, ya da peri kistik alanın kapitonaj yöntemi ile onarılması yapılabilir. Öte yandan vakaların %75'i renal koruyucu yöntem ile parsiyel nefrektomiden fayda görebilir. Parsiyel ekzizyon işlemi, kistin içine skoleksidal ajan (%20 hipertonic saline, chlorhexidine, %80 ethanol, %0.5 cetrimide, %3 H₂ O₂ veya %0.5 silver nitrate) uygulandıktan sonra yapılmalıdır (5). Eğer cerrahi sırasında kist rüptüre olursa operasyon antihistaminik ve steroid tedavisi altında yapılmalıdır (11). Biz olgumuzda antihelmintik tedaviyi cerrahi yayılım olmadığından ve karaciğer toksisitesi nedeni ile uygulamadık.

SONUÇ

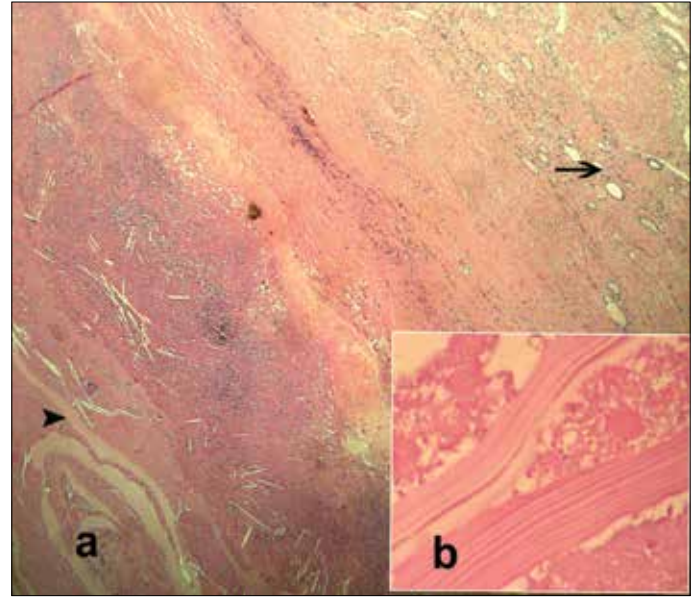
Üriner sistemin KE hastalığının genel klinik görünümü, bazen preoperatif tanı olarak konulması için yeterli olmamaktadır. Kesin tanı koymada çelişki yaşanan komplike septalı ve kalsifiye renal kistlerde, serolojik labratuvar testlerini göz ardı etmemek gerekir. Tanısı preoperatif konulan KE vakalarında eğer kistin natürü agresif değilse, mümkün olduğunca renal koruyucu cerrahi ile kistin komple çıkarılması düşünülmelidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir

KAYNAKLAR

1. Buckley RJ, Smith S, Herschon S, Comisarow RH, Barkin M. Echinococcal disease of the kidney presenting as a renal filling defect. J Urol 1985; 133: 660-1.



Resim 4 a, b. Patolojik piyesin mikroskopik görüntüsü (İnce ok: böbrek tubuli ve kutikul tabaka)

2. Kaplan M, Aktöz T, Celik AD, Atakan IH, İnci O. Atypical renal and gluteal Hydatid cysts: Report of two cases. Fırat Tıp Dergisi 2009; 14: 297-9.
3. Kulacıoğlu IH, Oruç MT, Kocaerkek Z, Seckin S, Coşkun F. Hidatik kistlerin nadir yerleşimleri: 77 olgunun değerlendirilmesi. Turk J Gastroenterol 2001; 12: 299-302.
4. Gogus C, Safak M, Baltacı S, Turkozmez K. Isolated renal hydatidosis: Experience with 20 cases. J Urol 2003; 169: 186-9. [CrossRef]
5. Zmerli S, Ayed M, Horchani A, Chami I, El Ouakdi M, Ben Slama MR. Hydatid cyst of the kidney: diagnosis and treatment. World J Surg 2001; 25: 68-74. [CrossRef]
6. Vargas-Serrano B, Ferreiro-Arguelles C, Rodriguez-Romero R, Marcos del Rio N. Imaging findings in renal hydatid disease. Eur Radiol 1997; 7: 548-51. [CrossRef]
7. Çetinkaya Ü, Hamamcı B, Kaya M, Gücüyetmez S, Kuk S, Yazar S, et al. Kistik ekinokokkozis ön tanılı hastalarda anti-*Echinococcus granulosus* antikorlarının araştırılması Türkiye Parazitoloji Dergisi 2012; 36: 57-60. [CrossRef]
8. Cushieri SA, Steele RJ, Moosa AR. Treatment of Hydatid Cyst, Essential Surgical Practice, 4th ed. Arnold Publishers, Oxford. Butterworth-Heineann; 2000.p.350.
9. Shah K, Ganpule A, Desai M. Isolated renal hydatid cyst managed by laparoscopic transperitoneal nephrectomy. Indian J Urol 2009; 25: 531-3. [CrossRef]
10. Khan M, Sajjad Nazir S, Ahangar S, Farooq Qadri S, Ahmad Salroo N. Retroperitoneal laparoscopy for the management of renal hydatid cyst. Int J Surg 2010; 8: 266-8. [CrossRef]
11. Horchani A, Noura Y, Kbaier I, Attyaoui F, Zribi AS. Hydatid cyst of the kidney. A report of 147 controlled cases. Eur Urol 2000; 38: 461-7. [CrossRef]