

Olgu Sunumu: Bir Erkek Çocukta İzole Böbrek Kist Hidatik

Case Report: Isolated Renal Hydatid Cyst in a Boy

Levent Cankorkmaz¹, Esat Korğalı², Mehmet Haydar Atalar³, Gökhan Köylüoğlu⁴

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

³Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Cite this article as: Cankorkmaz L, Korğalı E, Atalar MH, Köylüoğlu G. Olgu Sunumu: Bir Erkek Çocukta İzole Böbrek Kist Hidatik. Türkiye Parazitol Derg 2019;43(2):89-91.

ÖZ

Kist Hidatik Akdeniz havzası, gelişmekte olan ülkelerde önemli ve yaygın bir parazitik hastalıktır. Özgül olmayan yakınmalar ve rutin laboratuvar testlerinde pozitif bir bulgu olmaması nedeniyle tanısı bazen güç olmaktadır. İzole böbrek kist hidatigi ender bir durumdur. Bu çalışmada, on iki yaşında bir erkek çocukta saptanan izole sol böbrek kist hidatigi sunulmuştur. Kist hidatik indirek hemaglutinasyon testi (IHA) negatifti. İzole böbrek kist hidatigi saptanan hastada nefrektomi yapıldı. Böbrek kist hidatikli olgular asemptomatik bir klinikten böbrek kaybına kadar değişen spektrumunda karşımıza çıkabilir. O nedenle belirsiz flank ağrı yakınması gibi şüpheli klinik bulgularla gelen olgularda bile tedavideki gecikmeye bağlı organ kaybını önlemek için IHA sonucu negatif bile olsa böbrek kist hidatiginin göz önünde bulundurulması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, böbrek kist hidatigi, nefrektomi

ABSTRACT

Hydatid cyst is a crucial and prevalent parasitic disease in the developing countries in the Mediterranean region. Its diagnosis is sometimes problematic because of non-specific complaints and unavailability of any positive results in a routine laboratory analysis. Isolated renal hydatid cysts are very rare. In this study, a primary left renal hydatid cyst which was found in a 12-year-old boy was presented. He was referred by another hospital to our department with a flank pain and cystic mass in left kidney. Indirect haemagglutination test (IHA) for *Echinococcus* was negative. Nephrectomy was performed with the diagnosis of renal cyst hydatid. Renal cyst hydatid may present with various clinical findings ranging from asymptomatic clinical course to total loss in renal function. It will be beneficial to consider a renal hydatid cyst in patients with blurred flank pain, even if IHA is negative.

Keywords: Hydatid cyst, renal hydatid cyst, nephrectomia

GİRİŞ

Hidatik hastalık, *Echinococcus granulosus* tarafından meydana getirilen kist hidatik (KH) ve daha ender olarak ta *Echinococcus multilocularis*'in sebep olduğu alveoler hastalık olarak isimlendirilen parazitler hastalıklarıdır (1,2). KH enfeksiyonu, içerisinde Türkiye'nin de olduğu Akdeniz havzası gibi endemik bölgelerde hala ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Kistlerin neden olduğu yakınmaların özgül olmaması ve rutin laboratuvar testlerinde her zaman olumlu sonuç alınmaması nedeniyle, tanı koymak zor olabilmektedir. Olguların

%70'inde karaciğer tutulumu varken, karaciğerin filtrasyonundan kaçan larvalar, olguların %25'inde de akciğerde hastalık oluşturur (3). Böbrek tutulumunun tüm KH'ler içerisindeki prevalans yaklaşık %2-4 olsa da izole böbrek tutulumu son derece enderdir (%1,9) (4). İzole böbrek tutulumu çocuklarda daha da ender bir durumdur (5). Bu çalışmada, izole böbrek KH saptanan bir erkek çocuk sunularak, çocuk yaş grubunda böbrek kitlelerinin ayırıcı tanısında kist hidatigin de düşünülmesi gerektiğine dikkat çekilmek istenmiştir.



Geliş Tarihi/Received: 17.10.2018 Kabul Tarihi/Accepted: 24.02.2019

Yazar Adresi/Address for Correspondence: Dr. Levent Cankorkmaz, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

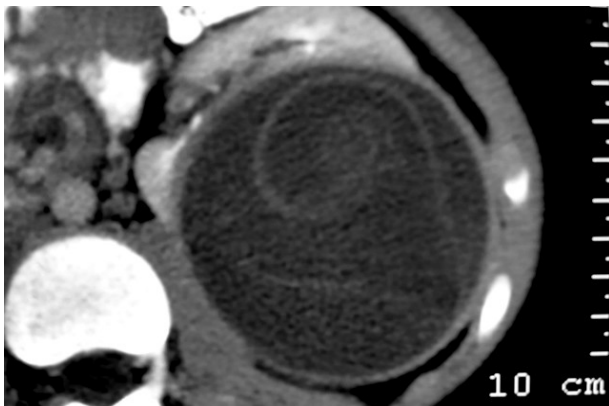
Tel/Phone: +90 542 250 69 81 **E-Posta/E-mail:** lcanorkmaz@gmail.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0003-1525-1470

OLGU SUNUMU

On iki yaşındaki erkek hasta, sol yan ağrısı nedeniyle gittiği sağlık kurumundan, renal ultrasonografisinde (US) sol böbrekte saptanan kistik kitle nedeniyle hastanemize sevk edilmişti. Hastanın fizik bakışında pozitif bir bulgu saptanmaması üzerine, kontrol US yapıldı. US'de, sol böbrekte iyi sınırlı oval şekilli, ağırlıklı olarak kistik yapıda, hipoeoik kalın duvarlı lezyon saptandı (Resim 1). Hastaya lezyonun ayırıcı tanısına yönelik, kontrastlı tüm batın tomografisi (BT) yapıldı. Tomografide, lezyon hipodens, kistin her iki ucunda kist duvarından ayrılarak kıvrılmış olan endokist saptandı (Resim 2). Yapılan radyolojik tetkiklerde böbrekteki kist dışında toraks ve batın içinde başka bir lezyon saptanmadı. Radyolojik bulguların değerlendirilmesi sonucu böbrek kaynaklı kitlenin KH olabileceği düşünülerek, KH indirek hemaglutinasyon testi (IHA) yapıldı, tetkik sonucu ($\leq 1/160$) negatifti. Olgunun Sivas ilinin Hafik ilçesinde kırsalda yaşaması ve kendisi köpek sahibi olmasa da köpeklerle temas öyküsü olması nedeniyle, IHA negatifliğine rağmen radyolojik bulgular ışığında hastaya böbrek KH ön tanısıyla eksplorasyon ve kistektomi planlandı. Ameliyat öncesi üç hafta profilaktik olarak 10 mg/kg günde iki kez oral albendazol başlandı. Sonrasında hasta genel anestezi altında ekstraparitoneal yaklaşımla eksplore edildi. Ameliyat sırasında yayılmayı önlemek amacıyla, çevre dokulara %0,04 klorheksidin glukonatlı gazlı bezler yerleştirildi.



Resim 1: Batın ultrasonografisi; sol böbrek orta bölümünü içine alan kistik kitle görülüyor



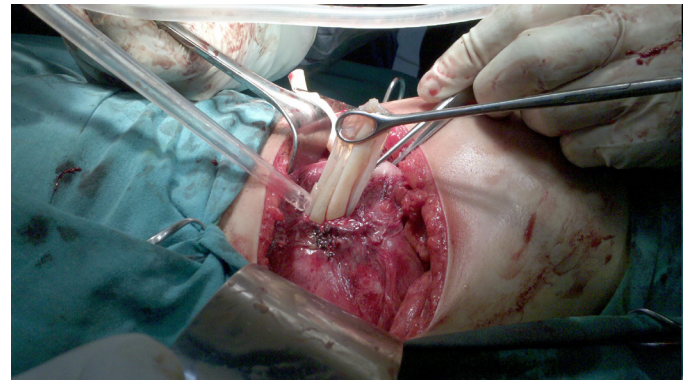
Resim 2: Batın bilgisayarlı tomografi; iyi sınırlı duvar ve kız kistleri ile birlikte sol ön renal korteksin geniş kistik lezyonu görülüyor

Eksplorasyonda, kistin boyutunun büyük ve toplayıcı sistem ile böbrek parankiminin kistle bağlantılı olması ve parankimin çok incelmış olduğunun saptanması üzerine kistektomi sonrası geride kalan böbrek dokusunun fonksiyona katkısının göz ardı edilebileceği düşünülerek kistektomiden vazgeçilerek, nefrektomi yapıldı (Resim 3, 4). Hastanın ameliyat sonrası dönemde bir sorunu olmadı. Nefrektomi materyalinin histopatolojik incelemesi renal KH olarak raporlandı. Hastaya albendazol tedavisine ameliyat sonrası altı ay daha devam edildi.

Nüks ameliyat sonrası geç dönemde ciddi bir sorundur ve insidansı %10-30 arasında değişmektedir (6). Hastamızın izlemlerinde, ameliyat sonrası beşinci yılda yapılan görüntüleme yöntemlerinde herhangi bir nüks bulgusu saptanmadı. Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastanın babasından alınmıştır.

TARTIŞMA

KH'de böbrek tutulumu genellikle sistemik tutulumla birlikteken izole böbrek KH'si ender bir durumdur (7). Böbrek KH olgularında kistlerin %85'i tek taraflıken, %15'i bilateraldir (8). Kadınlarda daha sık görülür (9). Literatürde izole böbrek KH'li çocuk olgu sayısı oldukça azdır. Böbrek KH kliniği, asemptomatikten total böbrek fonksiyon kaybına kadar değişen geniş bir yelpazede seyredebilir. Fizik muayenede, büyük boyuttaki kistlerde karın üst kadranda ele gelen kitle saptanabilen tek bulgu olabilir. En sık yakınma ise kistin kronik basısına bağlı yan ağrısıdır (10). Bazen yan ağrısı yakınmasına, hematurî ve hidatidürî de eşlik edebilir. Kist böbrekte genellikle 5-10 yıl boyunca yavaş yavaş büyür, ortalama tanı konulma yaşı 30 yaşdır. Tanıda geç kalınması böbrek parankim ve fonksiyon kaybına neden olabilir. Bizim



Resim 3 ve 4: Böbrek kist hidatiğin ameliyat görüntüsü ve laminal membranı

olgumuz 12 yaşında olmasına rağmen böbrek parankim yapısı ve fonksiyonu ileri derecede bozulmuştu. Olgumuzun öyküsünde de yan ağrısı dışında herhangi bir yakınmasının olmadığı öğrenildi. Literatürdeki izole böbrek kist hidatiklerinin çoğu yetişkin yaşta olgulardır. Hastamızın kisti beklenenden daha erken semptomatik hale gelmiş ve fonksiyon kaybı olmuştur.

Böbrek KH'nin özgül bir laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır. IHA ve (ELISA) en hassas testler olsa da, ikisi de yalancı pozitif veya negatif sonuç verebilir (11,12). Serolojik testlerin pozitifliği tanıyı doğrularken negatifliği ekarte ettirmez (13). Radyolojik görüntüleme yöntemlerinde saptanabilen KH'ye özgü bulgular, KH düşündürse de bu tetkikler de kesin tanı koydurucu değildir. Genellikle üst üriner sistemde basının eşlik ettiği ya da etmediği değişik derecelerde distorsiyon (bozulma) saptanmaktadır (14). BT'de iyi sınırlı belirgin duvarlara sahip ünloküler ya da multiloküler kalın duvarlı kistler saptanır. Ultrason veya BT'de kız veziküllerin saptanması da böbrek KH'nin karakteristik özelliğidir (14).

Bizim olgumuzda, IHA testi negatifti. Testin negatif olmasına rağmen hastanın radyolojik bulguları bize KH düşündürdüğü için ameliyat planlaması da KH ön tanısına göre yapılmıştır.

PAIR (ponksiyon – aspirasyon – injeksiyon – reaspirasyon) tekniğinin olguların %70'inde başarıyla uygulandığına ilişkin yayınlar varken, bazı yayınlar ise bu tekniği kullanarak tedavi edilen olguların kistlerinin hiçbirinin kaybolmadığını ve sadece semptomatik KH'li, riskli hastalar için güvenilir olabileceğini göstermiştir (10). İzole böbrek KH'ninde, böbrek koruyucu cerrahi ilk tercih olarak değerlendirilirken nefrektominin, kistin böbreği tamamen tahrip ettiği, fonksiyon görmeyen böbreklerde düşünülmesi daha uygundur (15). Ayrıca büyük lezyonlarda, toplayıcı sistemle ilişkili olduğu düşünülen kistlerde, kistin basınç atrofisine neden olduğu olgularda, fonksiyon görmeyen böbreklerdeki kistler, hemorajik veya enfekte kistler ile tanısı şüpheli olan olgularda da nefrektominin uygun bir seçenek olduğu ifade edilmektedir (16). Bizim olgumuzda kist boyutunun büyük olması ve parankimin ileri derecede ince olarak görülmesi nedeniyle PAIR için uygun olmadığı düşünüldü.

SONUÇ

Böbrek KH, yavaş büyüyen böbrek kitlelerine benzeyen ve böbrek parankimine yaptığı bası nedeniyle atrofi ve ikincil arteriyel hipertansiyona neden olabilmektedir. Belirsiz, klinik bulgulara bağlı olarak geç tanı alması, böbrek fonksiyonlarının kaybedilmesinin başlıca nedenidir. Endemik bölgelerde, çok belirgin olmayan üriner sistem ve yan ağrısı yakınması olan olgularda IHA testi negatif olsa bile böbrek KH'sini düşünmek yararlı olacaktır.

* Etik

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastanın babasından alınmıştır.

* Yazarlık Katkıları

Konsept: L.C., E.K., Dizayn: L.C., M.H.A., G.K., Veri Toplama veya İşleme: L.C., G.K., Analiz veya Yorumlama: L.C., Literatür Arama: L.C., M.H.A., Yazan: L.C., E.K., M.H.A., G.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Beytur A, Karaman U, Samdanci ET, Yakupoğullari Y, Tatar Y. Olgu Sunumu: Primer Renal Hidatik Kist. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2009;33:236-8.
2. Başaklar C. Bebek ve Çocukların cerrahi ve ürolojik hastalıkları. editör: Can basaklar Cilt 2. Palme yayıncılık; Ankara, 2006. p.1960-67.
3. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. Radiographics 2000;20:795-817.
4. Zayed AM, Abdel-Rahman AH. Isolated hydatid cyst of the kidney. Diagn Surg Treat AJU 2005;3:6-12.
5. Tryfonas GJ, Avtzoglou PP, Chaidos C, Zioutis J, Gavopoulos S, Limas C. Renal hydatid disease: diagnosis and treatment. J Pediatr Surg 1993;28:228-31.
6. Sielaff TD, Taylor B, Langer B. Recurrence of Hydatid Disease. World J Surg 2001;25:83-6.
7. Zmerli S, Ayed M, Horchani A, Chami I, El Quakti M, Ben Slama MR. Hydatid cyst of the kidney: diagnosis and treatment. World J Surg 2001;25:68-74.
8. Efesoy O, Tek M, Erdem E, Bozlu M, Çayan S, Akbay E. İzole böbrek hidatik kistlerinin kistektomi ve omentoplasti ile tedavisi. Turkish Journal of Urology 2010;36:176-81.
9. Fazeli F, Narouie B, Firozabadi MD, Afshar M, Naghavi A, Ghasemi-Rad M. Isolated hydatid cyst of kidney. Urology 2009;73:999-1001.
10. Angulo JC, Sanchez-Chapado M, Diego A, Escribano J, Tamayo J, Martin L. Renal echinococcosis: clinical study of 34 cases. J Urol 1997;157:787-94.
11. Göğüş C, Safak M, Baltacı S, Türkölmez K. Isolated renal hydatidosis: experience with 20 cases. J Urol 2003;169:186-9.
12. Shetty SD, al-Saigh A, Ibrahim AI, Patil KP, Bhattacham CL. Management of hydatid cysts of the urinary tract. Br J Urol 1992;70:258-61.
13. Deniz NÇ, Yıldız N, Gökçe İ, Altuntaş Ü, Kepenkli E, Tuğtepe H et al. An Uncommon Presentation of Hydatid Cysts: Renal Hydatid Disease in Two Children. J Pediatr Inf 2014;8:44-6.
14. Sountoulides P, Zachos I, Efremidis S, Pantazakos A, Podimatas T. Nephrectomy for benign disease? A case of isolated renal echinococcosis. Int J Urol 2006;13:174-6.
15. Razzaghi MR, Mazloomfard MM, Bahrami-Motlagh H, Javanmard B. Isolated renal hydatid cyst: diagnosis and management. Urol J 2012;9:718-20.
16. Ozkan B, Sancaklı O, Citci S, Demirkesen O, Alici B. Böbreğin hidatik kist hastalığı. Cerrahpaşa Tıp Derg 2005;36:84-9.