

# Nefes Darlığının Eşlik Ettiği Dev Basit Böbrek Kisti

## Giant Simple Renal Cyst Associated with Dyspnea

Abdülkadir Kandemir, Mahmud Zahid Ünlü, Mehmet Balasar, Mehmet Mesut Pişkin

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Üroloji A.D., Konya

### Özet

Basit böbrek kistleri; genellikle tedavi gerektirmeyen, yaygın, benign, asemptomatik kitlelerdir. Ancak zamanla bu basit kistler büyüyebilir, semptomatik hale gelebilir ve komplikasyonlar geliştirip tedavi gerektirebilir. Çalışmamızda, nefes darlığı, karın ağrısı ve asimetric karın şişliği kliniği ile başvuran 63 yaşındaki erkek hastayı sunmayı amaçladık. Abdominal ultrasonografi (USG) görüntülemesinde 195x180 mm boyutuna ulaşmış ekzofitik böbrek kisti saptandı. Hastaya devamlı perkütan drenaj eşliğinde sklerozan madde uygulandı ve takibinde nefes darlığı geriledi. Altı ay sonraki USG takibinde kistin kaybolduğu gözlemlendi.

**Anahtar kelimeler:** Böbrek kisti, nefes darlığı, perkütan drenaj

### Abstract

Simple kidney cysts are common, benign and asymptomatic masses and usually unrequire any treatment. However, this simple cyst can grow over time, may become symptomatic and develop complications they may require treatment. In our study, we aim to present, the 63 -years-old male patient admitted to our clinic with dyspnea, abdominal pain and asymmetric abdominal distension. Abdominal ultrasonography (USG) showed that exophytic renal cyst reached 195x180 mm. We underwent sclerosing agents in the presence of continuous percutaneous catheter drainage and dyspnea decreased at the follow-up. Subsequent USG after six months revealed disparition of the cysts.

**Key words:** Kidney Cyst, Dyspnea, percutaneous drainage

### GİRİŞ

Basit böbrek kistleri; yaygın, benign karakterde olup, genelde klinik olarak semptom vermezler, tedavi gerektirmezler. Ancak zamanla bu basit kistler büyüyebilir, semptomatik hale gelebilir ve komplikasyonlar gelişebilir. Hastalar hidronefroza bağlı ağrı, hipertansiyon ve polisitemi ile başvurabilirler (1). Semptomların şiddeti kist büyüdükçe artar.

Biz de 63 yaşında karında şişlik ve nefes darlığı şikâyeti ile hastanemize başvuran, yapılan abdominal USG de 195x180 mm ebatlarında, 2100 ml hacminde basit böbrek kist olgusunu sunmayı amaçladık.

### OLGU

Karında şişlik, karında bası hissi ve nefes darlığı şikâyeti ile dahiliye polikliniğine başvuran, ürolojik şikâyeti olmayan 63 yaşında erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde karında ele gelen kitle tespit edilmiştir. Hemogram, tam idrar tetkiki ve biyokimyasal testleri normal olan hastaya yapılan abdominal USG de yaklaşık 195x180 mm boyutlarında, sol böbrek kisti tespit edilmiştir. Üroloji konsültasyonu istenen hastaya yapılan abdominal BT incelemesinde sol böbrek orta anteriorda 195x180 mm boyutlarında basit böbrek kisti tespit edildi (Şekil 1). Kist oval görünümü, anekoik ve düzgün sınırlıydı (Bosniak tip 1 kist).

Tedavi amaçlı hasta sağ yan pozisyona alındıktan sonra uygun alan arınım ve örtümü yapılarak %2 prilokain hidroklorür (10 ml) ile lokal anestezi uygulandı. USG kılavuzluğunda negatif basınçlı devamlı perkütan drenaj kateterinin kist içerisine konulmasını takiben 2100 ml sıvı çıkışı oldu. Kist sıvısı boşaltıldıktan sonra 2 saat içerisinde boşaltılan sıvının %20'si kadar saf alkol kist içerisine yavaşça enjekte edildi. İşlem sonrası komplikasyon gelişmedi. Hastanın nefrostomi kateteri 72 saat sonra alındı ve hasta taburcu edildi. Hastaya 6 ay sonra çekilen

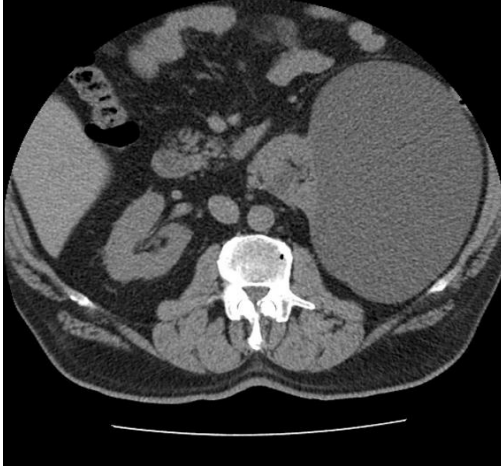
abdominal USG'de kist nüksüne rastlanmadı ve hasta klinik olarak asemptomatikti.

### Tartışma

Basit kistler insan böbreğinde görülen en yaygın kistik lezyonlardır. Korteks veya medullada yerleşebilir. Genellikle oval ya da halka şeklinde olup tek veya her iki böbrekte de görülebilir. Kistin içeriğindeki sıvı plazma benzeri şeffaf veya saman rengindedir (2). Popülasyonda oldukça yaygın olarak izlenir. Doğumla 18 yaş arasında insidansı %0.1-0.45 arasında değişmekle birlikte yaş ilerledikçe görülme sıklığı artar (3). Böbrek kistleri genellikle tesadüfen saptanır. USG, bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans (MR) gibi görüntüleme yöntemlerinin sık kullanılır hale gelmesi ile birlikte görülme sıklığı artmıştır. Semptom olarak; abdominal kitle veya ağrı, pelvikalisel sistem içine rüptüre sekonder hematüri gözlemlenebilir. Çok büyük hacimlere erişmiş kistler, etraf dokuya yaptığı bası sonucu renin salgısında artışa ve segmental iskemiye sekonder olarak hipertansiyona yol açabilir (4). Kistler ayrıca kalisyel veya renal pelvik obstrüksiyona neden olabilirler (5). Çok nadiren de olsa büyük hacimli kistler bizim olgumuzda olduğu gibi nefes darlığı şikâyetine neden olabilirler.

Tanıda USG, radyasyon içermemesi, non invaziv olması ve kolay ulaşılabilir olması gibi nedenlerle kullanışlı bir yöntemdir. Bu özellikleri ile USG'de düzgün sınırlı ve içi anekoik görünüm verirler. Şüpheli olgularda (kist içi septasyon olması, kist duvar kalınlığı artışı ve kalsifikasyonu, kistin solid component içermesi gibi) Bosniak evrelemesi için BT inceleme gerekir (6). Kliniğimizde dahiliye polikliniğinden USG'si çekilip böbrek kist tanısı konularak danışılan hastaya tarafımızca Bosniak sınıflaması için abdominal BT çekildi ve Bosniak tip 1 olarak saptandı.

Asemptomatik böbrek kist olgularında herhangi bir tedavi

**Şekil 1.**

gerekmaz. Kiste bağlı ağrının tedavisinde ilk seçenek NSAİ ajanlarla veya narkotik analjeziklerle medikal tedavidir. Bu tedavi yetersiz kalırsa dekompresyon yapılabilir. Dekompresyon seçenekleri arasında perkütan aspirasyon (sklerosizli ya da sklerosizsiz), perkütan rezeksiyon, perkütan fulgurasyon, perkütan marsupializasyon, laparoskopik rezeksiyon, retroperitoneskopik rezeksiyon ve açık cerrahi rezeksiyonlar sayılabilir (7). Çok büyük hacimlere ulaşmış kistler aspire edilip, alkol gibi sklerozan bir ajan enjekte edilebilir. Perkütan aspirasyon ve skleroterapi birincil tedavi olarak kullanılmaktadır. Basit aspirasyonun tek başına kullanıldığı serilerde hastaların çoğunda kist sıvısı tekrar oluşmaktadır ve skleroterapinin basit aspirasyona göre üstünlüğü açıkça görülmektedir. Ancak müteakip seanslar şeklinde skleroterapi uygulanan serilerdeki en düşük kist rekürrens oranı bile %30'lar düzeyinin altına inememiştir (8). Mevcut sklerozan maddeler arasında %99'luk etanol en yaygın olarak kullanılan ajandır. Tetrasiklin, glukoz fenol, povidin-iyot, bizmutfosfat, üre kolohidrolaktat, polidokanol ve pandopak gibi ajanlar da skleroterapi amaçlı kullanılmıştır (9). Etanol kist duvarını döşeyen epitel hücrelerini hızlıca koagüle etmekte ancak kist kapsülüne oldukça yavaş penetre olmaktadır. Kist duvarının tüm yüzeyinin etkilenmemesi sonucunda rekürrenslerin oluştuğu bilinmektedir. Yine literatürde kist aspirasyonu sonrası en az 10 dakika en fazla 4 saat içerisinde aspire edilen sıvı miktarının yaklaşık %20-50'si kadar saf alkolün kist içerisine verilmesi gerektiği söylenmektedir. Ayrıca kist içerisine verilmesi gereken alkol miktarının 75-200 ml arasında olduğu söylenmektedir (10). Biz ise hastamıza analjezik amaçlı NSAİ ajanları kullandık. Sonra hastamızı prone pozisyona alındı. USG ile kist lokalizasyonu belirlendi. Lokal anestezi yapıldıktan sonra USG eşliğinde 12 fr nefrostomi kateteri böbrek kisti içerisine konuldu. Böylece devamlı serbest perkütan drenajı sağlandı. Bu esnada 2100 ml kist içeriği boşaldıktan sonra, ikinci saatte yaklaşık 200 ml (%95) saf alkol enjeksiyonu yavaşça yapıldı (2100 ml kist içeriğinin %20'si 200 ml üst sınır miktarını geçtiğinden %95 (200 ml) saf alkol verildi). Drenaj sonrası üçüncü günde nefrostomi kateteri alındı. Ayrıca drenaj sonrası birinci günde hastanın nefes darlığının tamamen gerilediği saptandı. Bu esnada karın ağrısı ve bası hissi de kayboldu. Altı ay sonraki yapılan USG kontrolünde nüks izlenmedi.

Sonuç olarak; büyük basit böbrek kistlerinin nefes darlığına neden olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve bu hastalarda uygun kist tedavisi yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Goldman SM, Hartman DS. The simple renal cysts. In Pollack HM (ed). Clinical Urography. Philadelphia, WB Saunders, 1990, p 1603.
2. 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.
3. McHugh K, Stringer DA, Hebert D, Babiak CA. Simple renal cysts in children: diagnosis and follow-up with US. Radiology 1991; 178(2):383-5.
4. Terada N, Ichioka K, Matsuta Y. The natural history of simple renal cysts. J Urol 2002; 167: 21- 3. 7.
5. Barloon TJ, Vince SW. Caliceal obstruction owing to a large parapelvic cyst: excretory urography, ultrasound and computerized tomography findings. J Urol 1987; 137(2):270-1
6. Bosniak MA. The current radiological approach to renal cysts. Radiology 1986;158:1-10.
7. Su LM. Laparoskopik renal cyst ablation: Technique and results. In: Gill IS, ed. Textbook of laparoscopic urology. New York: Taylor&Francis Ltd; 2006; 259-78.
8. Chung BH, Kim JH, Hong CH, Yang SC, Lee MS. Comparison of single and multiple sessions of percutaneous sclerotherapy for simple renal cyst. Br J Urol 2000; 85: 626-7.
9. Kilinc M, Tufan O, Guven S, Odev K, Gurbuz R. Percutaneous injection sclerotherapy with tetracycline hydrochloride in simple renal cysts. Int Urol Nephrol 2008; 40:609-13.
10. Zerem E, Imamovic G, Omerovic S. Symptomatic simple renal cyst: comparison of continuous negative-pressure catheter drainage and single-session alcohol sclerotherapy. AJR Am J Roentgenol 2008; 190(5):1193-7.