

# BİLATERAL HİDRONEFROZA SEBEP OLAN BİR RETROVEZİKAL KİST HİDATİK

## RETROVESICAL HYDATID CYST CAUSING BILATERAL HYDRONEPHROSIS

YILMAZ, Y.\*, ATILLA, M.K.\*, ODABAŞ, Ö.\*, AYDIN, S.\*, DEMİRTAŞ, İ.\*\*

### ÖZET

Retrovezikal yerleşimle bilateral grade-II hidronefroza sebep olmuş ve kronik böbrek yetmezliği belirtileriyle kliniğimize gelen bir kist hidatik olgusu sunuyoruz.

Karında ve üriner sistemde yer kaplayan lezyonlarda kist hidatik olabileceğinin ve fizik bakı sırasında kist yırtılmasından kaçınmak için nazik olunması gerektiğinin vurgulanmasını amaçladık.

### ABSTRACT

We report a case of hydatid cyst causing bilateral grade-II hydronephrosis and who admitted to our clinic with symptoms of chronic renal failure.

Aim of this paper is that hydatid disease should be considered in the differential diagnosis of space occupying lesions of the abdominal cavity and urinary tract, and palpation should be done delicately in order to avoid rupture of the cyst.

**ANAHTAR KELİMELE:** Kist hidatik, mesane, hidronefroz

**KEY WORDS:** Hydatid disease, bladder, hydronephrosis

\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, Van

\*\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi ABD, Van

## GİRİŞ

Kist hidatik, *Echinococcus granulosus* larvasının sebep olduğu bir enfestasyondur. Belirtiler kistin yerleşim yerine ve hacmine bağlı olarak değişir ve seyrek olarak tanı koyduracak kadar özgündür.<sup>1,2</sup> Ancak, canlı skolekslerin kistin yırtılmasıyla dolaşıma karışarak anafilaksiye neden olmasından, operasyon öncesi tanı konulması önemlidir.

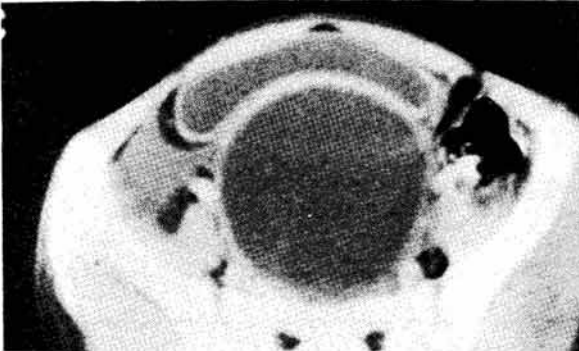
Kistin mesane arkasında birincil yerleşimi son derece seyrekdir. Mesane çevresinde, özellikle arkasında yerleşen kistler, baskıyla süregelen idrar retansiyonuna ve buna bağlı böbrek yetmezliğine neden olabilirler.

Bu yazımızda, birincil olarak mesane arkasında yerleşim göstererek böbrek yetmezliği oluşturmuş bir kist hidatik olgusu sunuyoruz. Karın içi kitlelerin palpe edilmesi sırasında kistik olguların yırtılabileceğini, nazik olunması gerektiğini belirtmek istiyoruz.

## OLGU

On yaşında bir erkek çocuk, karın ve bel ağrısı, halsizlik, bulantı ve kusma yakınmalarıyla kliniğimize getirildi. Fizik bakı sırasında, alt karın bölgesinde büyük ve gergin, ağrısız bir kitle saptandı ve bir üretral sonda takılı olduğu görüldü. Çocuk soluk, halsiz, yarı uyur görünümünde idi. Laboratuvar incelemelerinde; kan üresi 220 mg/dL, kreatinin 12 mg / dL, Na 128 mEq/L, Cl 91 mEq/L, K 3.6 mEq/L, günlük idrar 2200 ml ve idrar yoğunluğu 1003 olarak belirlendi. İdrarda mikroskopik hematüri vardı. Casoni deri testi pozitif ve kompleman (C3) 4 gr/L olarak bulundu. Üst ve alt karın ultrasonografisi (US) ve bilgisayarlı tomografide (BT), 11 cm çaplı ve mesane arkasında yerleşimli bir kist ile bilateral grade-II

**Şekil 1:** Mesaneyi pubis kemiğine doğru sıkıştırmış kistin BT görünümü.

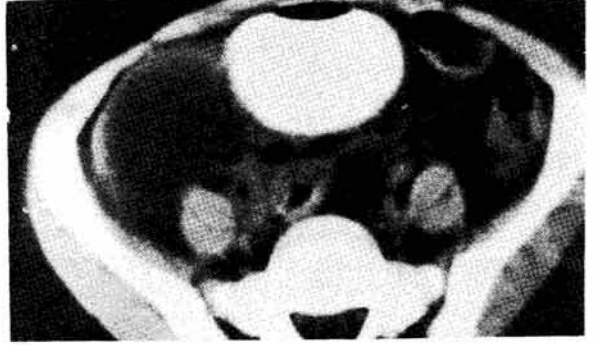


hidronefroz belirlendi (Şekil 1). Üre yüksekliği nedeniyle intravenöz ürografi yapılamadı ve kistin mesane boynunu çok yukarı kaldırmasından dolayı da sistoskopi başaranlamadı.

Ameliyathanede, operasyon öncesi incelemede kitle palpe edilemedi, ve bu kez kolayca yapılan sistoskopide mesane boynu ve mesane normal olarak izlendi. Retrograd pyelografi grade-II üreterohidronefrozunu ortaya koydu, ancak grafide ne hidronefrozunu ve ne de üremiyi açıklayacak bir patoloji belirlenemedi. Aynı gün yinelenen BT'de kist, üst karında belirlendi (Şekil 2).

Operasyonda; karın boşluğunda serbestçe yü-

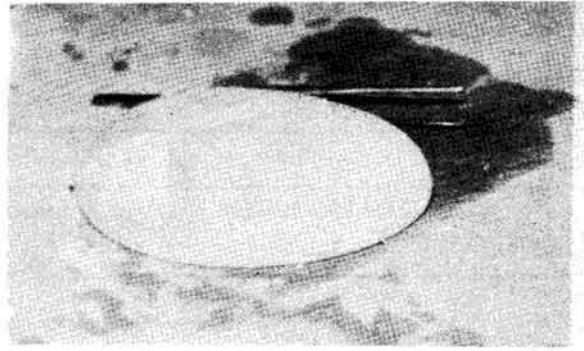
**Şekil 2:** Kontrast madde ile retrograd olarak doldurulmuş mesane, ve onun sağında rüptürden sonra kistin görünümü (BT)



zen, kütüküler ve germinatif membranı yırtılmamış uniloküler bir kist gözlemlendi ve dikkatlice çıkarıldı (Şekil 3). Bu durumun, operasyon sabahı yapılan cerrahi konsültasyon sırasındaki sıkıştırma etkisiyle olabileceği düşünüldü. Kistin yapışık olduğu mesane arka duvarı ve kistin kalan parçaları dikkatlice çıkarıldı.

Tomurcuklanmanın bazan doğurucu zarın dışı-

**Şekil 3:** Üniloküler kist ve üzerinde kısmen ayrılmış kütüküler tabaka.



na doğrudan gelişebileceği ve bu yüzden omentumun da tutulabileceği bilinciyle parsiyel omentektomi ve apandektomi de yapıldı. Polyvinylpyrrolidone iod'un % 10 luk çözeltisi, kist yinelemesinin önlemek için karın boşluğuna döküldü. Operasyondan 24 saat sonra 10 mg/kg / gün dozda mebendazole başlandı. Operasyondan sonraki 8. gün kan üresi 75 mg / dl ve kreatinin 2.5 mg / dl olarak bulundu. Bir ve beş ay sonraki kontrollerde ise kan biyokimyasının düzeldiği, 5. ayda ürenin 17 mg / dl, kreatininin 0.8 mg / dl ve komplemanın (C3) 2 g / L olduğu belirlendi.

Histopatolojik incelemede E. granulosus'un özgün skoleksleri belirlendi. Omentum ve apandiks'te tutulum bulunmadı.

### TARTIŞMA

Birincil yerleşimli retrovezikal kist hidatik son derece seyrekdir. Bası belirtileriyle birlikte bir hipogastrik kitle olarak farkedilebilirler.<sup>3,4</sup> Bazanda kistin mesaneye açılmasıyla hematuri ve hidatiduri görülebilir.<sup>5</sup> Genellikle retrovezikal kist hidatidin, karaciğer kist hidatidinin periton boşluğuna rüptürü sonucu geliştiği kabul edilir. Fakat bizim olgumuzda başka organ ya da doku yerleşimi saptanmadığından, retrovezikal yerleşimli bu kistin primer olduğu düşünüldü.

Ibarrola ve arkadaşları, kist hidatikli olgularda dolaşan immün kompleksler oluştuğunu ve bunların membranöz nefropatiye sebep olduğunu gösterdiler.<sup>6</sup> Retroperitoneal yerleşimli kistler sistit belirtileri oluşturabilirler veya basıya bağlı ani idrar tıkanmalarına sebep olabilirler.<sup>7</sup> Seenu ve arkadaşları (1994), basıya bağlı süregelen böbrek yetmezliği oluşmuş bir primer pelvik kist hidatik olgusu bildirdiler.<sup>8</sup> Bizim olgumuzda da uzun süreli idrar tıkanmasıyla oluşmuş bilateral hidronefroz ve buna bağlı süregelen bir böbrek yetmezliği görülmesine rağmen, operasyon sonrası tam iyilik sağlanabildi (5. ayda kan üresi 17 mg / dL, kreatinin 0.8 mg / dL). Olguda, Ibarrola'nın belirttiği gibi bir membranöz nefropatinin olup olmadığını

saptamak için böbrek biyopsisi yapmak gerekliliği de, hem komplemanın beklenen düşüklüğünün olmayışı, tersine yüksek bulunması, ve hemde baskının kaldırılmasıyla hızlı bir iyileşmenin bulunması, olayın sadece kist kitlesinin yaptığı basıya bağlı bir obstrüktif üropati olduğu kanısını desteklemektedir.

Kist hidatik olgularında cerrahi yaklaşım, kist kapsamının enfekte olması ve anaflaktik reaksiyona yolaçabilmesi yüzünden çok dikkatle yapılmalıdır. Kist rüptürü bazan öldürücü olabilirken, kistin tamamen çıkarılması kür için yeterli olabilir. Olgumuzda kütiküler tabaka ve doğurucu zarın tam yırtılması söz konusu olmadığından anafilaksi gelişmedi.

Biz bu yazımızda, üriner sistem veya karın boşluğunun yer kaplayan lezyonlarının ayırıcı tanısında, ülkemizde hala önemli bir sağlık sorunu olan kist hidatidinde dikkate alınmasını, ve olası bir rüptürden kaçınmak için fizik bakımın nazik yapılmasını öneririz.

### KAYNAKLAR

1. Edward, K.M., Marietta, V., David, T.J.: Medical Parasitology. Philadelphia. W.B. Saunders Company, pp 244-254, 1992.
2. Şen, S., İşeri, C., Sağlam, R.: Renal Hydatidosis. Urology. 33:241, 1989.
3. Fuloria, H.K., Jaiswal, M.S.D., and Singh, R. V.: Primary Hydatid Cyst of Bladder: B.J.Urol. 47: 192, 1975.
4. el-Moussaoui, A., Aboutaieb, R., Joual, A., el-Mrini, M., Mezaiane, F., Benjelloun, S.: Isolated retrovesical hydatid cyst. Apropos of two cases. J.Urol. Paris. 100:101, 1994.
5. Njeh, M., Hajri, M., Chebil, M., el-Ouakdi, M., Ayed, M.: Retrovesical hydatid cyst. Apropos of 2 cases. Ann. Urol. Paris. 27:97, 1993.
6. Ibarrola, A.S. et al.: Membranous glomerulonephritis secondary to hydatid disease. Am. J. Med. 70:311, 1981
7. Tanagho, E.A.: Specific Infections of the Genitourinary Tract, In: Smith's General Urology, Edited by E.A. Tanagho., J.W. McAninch. London, Sydney, Toronto, Prentice-Hall International Inc. pp 253-254, 1992.
8. Seenu, V., Misra, M.C., Tiwari, S.C., Jain, R., Chandrasekhar, C.: Primary pelvic hydatid cyst presenting with obstructive uropathy and renal failure. Postgrad. Med. J. 70:930, 1994.