

BASİT BÖBREK KİSTLERİNİN RADYOLOJİK  
VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

KOVANLIKAYA, E., ÇAMSARI, T., UYGUR, M.,  
DİCLE, Ö., MENZİLCİOĞLU, S., İÇCI, E.

**ÖZET:** Abdominal ultrasonografik istemi ile gelen hastalarda basit böbrek kisti şüphesiyle 100 olguda basit böbrek kistlerinin radyolojik ve klinik özellikleri incelendi. Önemli tedavi kriterleri ve yöntemi tartışıldı. Basit böbrek kistleri sıklıkla kortikal kistlerdir ve 50 yaş üzerinde 2 oranında görülürler. Genellikle kortikal perleştiklerdir. Plazma filtratına benzer sarı-kerrak sıvı içerirler. Büyüme eğilimi gösterirler, malignite riski taşımazlar ve çoğunlukla asemptomatiklerdir. İğri, hematüri, obstrüksiyon veya hipertansiyona neden olduklarında percutan skarizasyon endikasyonları vardır.

**ABSTRACT:** İhtımı KOVANLIKAYA, Taner ÇAMSARI, Murat UYGUR, Öğuz DİCLE, E. MENZİLCİOĞLU, Enis İÇCI Dokuz Eylül University Faculty of Medicine departments of Radiology and Internal Medicine. Radiological and Clinical Features of simple renal cysts.

Simple renal cysts originate from the epithelium of tubules and can be seen over the age of 50, up to 50% Cortical cysts usually contain clear-yellow fluid similar to plasma filtrate. They tend to grow in size, don't have a risk of malignancy and are usually asymptomatic. There is percutaneous scarization indication for the cysts causing pain, hematuria obstruction or hypertension.

**Anahtar sözcükler:** Böbrek kisti radyolojik ve klinik özellikler  
**Key words:** Single renal cyst, radiological and clinical features

**GİRİŞ:** Basit böbrek kistleri kistik hastalıklar içinde en sık görülen böbrek patolojileridir. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografinin karın içi organlarının görüntülenmesinde yaygın olarak kullanımından önce basit böbrek kistlerinin tanısında tek yöntem intravenöz pyelografi

Yardımcı Doç. Dr. İlhami KOVANLIKAYA, Yard. Doç. Dr. Taner ÇAMSARI, Araş. Gör. Dr. Murat UYGUR, Araş. Gör. Öğuz DİCLE, Araş. Gör. Suat MENZİLCİOĞLU, Araş. Gör. Dr. Enis İÇCI, Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları ve Radyoloji Anabilim Dalı

ve nefrotomografiydi. Kist nedeniyle böbrek aksındaki değişiklikler, böbrek konturunda protrüzyon, kalisiyel elongasyon, bası, distorsiyon, nefrogram defekti yada nadiren görülen (%2-3) kist kalsifikasyonu tanı kriterleri olup, kist küçük olduğunda böbrek ön yada arka yüzünde yer aldığındaki intravenöz pyelografi ile görüntülenememektedir. Görüntülene-tilen olgularda da bazen diğer yöntemler kullanılmaktasın. Yirici tanı sorun olmaktadır. Basit böbrek kistlerinin ultrasonografik görünimleri belirli sınırlı, ince duvarlı, kortikal yerleşimli, arka duvar yankı verilmisleri olan anekojik kistlerdir. Bilgisayarlı tomografide de bellegin sınırlı, ince duvarlı, intravenöz kontrast madde tutmayan, atenuasyon değerleri suya yakın 0-20HU arasında değişen hipodens kistlerdir. Her iki yöntemle de her boyut ve lokalizasyonda kistlerin görüntülenmeleri mümkündür(3,4).

Ultrasonografinin yaygın kullanımı basit böbrek kistlerinin (bununla birlikte böbreğin bütün kistik hastalıklarının) tanısını kolaylaştırmış, insidansın eski bilinenden daha yüksek olduğunu ortaya koymuş (50 yaş üzerinde %50), konuya olan ilgiyi artırarak tanı ve tedavide yeni yaklaşımlar getirmiştir(3,7).

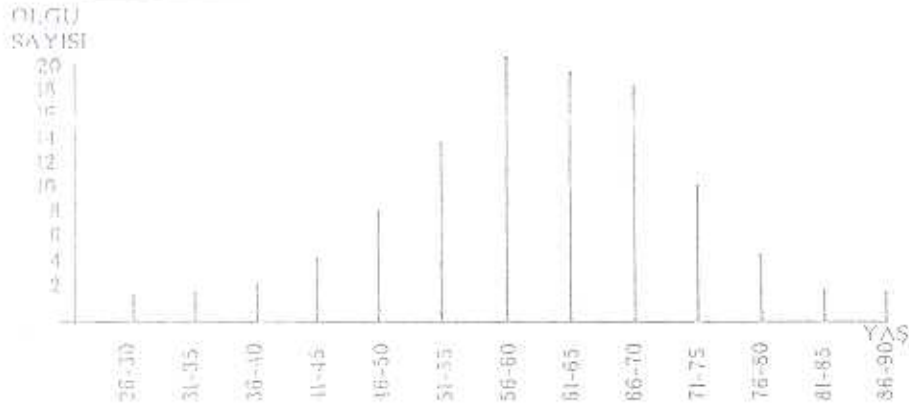
**GEREÇ VE YÖNTEM:** Basit böbrek kistlerinin ultrasonografik ve klinik bulgularını incelemek amacıyla planlanan bu çalışmada Mart/Kralik 1988 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Radyodiagnostik Anabilim Dalına abdominal ultrasonografi istemiyle gelen hastalarda basit böbrek kisti saptanan 100 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Böbreğin saptanan diğer kistik hastalıkları çalışmaya dahil edilmemiştir.

Tetkikler Kretz Technic Combison 320 marka ultrasonografi cihazı ile 3.5.Mhz'lik mekanik sektör "probe" kullanılarak yapılmıştır. 70° öklör dedisinal ultrasonografik tetkikin bir parçası olarak hasta yatar pozisyonunda iken lateral yaklaşımla longitudinal ve transverz kesimlerde incelenmiştir. Kist boyutları elektronik işaretleyici ile ölçülmüştür. Basit böbrek kisti saptanan tüm hastalar muayene ve laboratuvar incelemeleri için nefroloji kliniğine gönderilmiştir.

**SONUÇLAR:** Basit böbrek kisti saptanan 100 olgunun (54 K, 46 E) yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Görülme sıklığı 30-70 yaş arasında belirgin artış göstermektedir.

Tablo 2'de saptanan olgularda basit böbrek kistlerinin sayısı ile ölçümlükleri verilmiştir. Olguların %80'inde tek sayıda kist izlenmiş ve 450 kist 2 ile 5cm arasında değişen boyutlarda ölçülmüştür. Birden fazla kist izlenen 20 olgunun 12 tanesinde kistlerin her iki böbrekte de yer aldığı saptanmıştır.

Tablo 1. Basit böbrek kisti septanan 100 olgunun yaş guruplarına göre dağılımı



Tablo 2. Olgularda basit böbrek kistlerinin sayı ve büyüklükleri

SAYI	OLGU	BÜYÜK(cm)*	OLGU
1	80	0,5-0,9	7
2- 5	17	1-1,9	27
5-10	3	2-4,9	56
		5-10	10
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>		<b>100</b>

\* Birden fazla kist olan olgulardaki en büyük boyutlu kist alınmıştır.

Hastaların nefroloji kliniğinde yapılan kontrollerinde üç hastada hipertansiyon saptanmış bu hastalarda ölçülen plazma renin aktiviteleri normal bulunmuştur. Hiçbir hastada ağrı, hematuri, piyüri gibi kist ile ilişkili olabilecek semptom saptanmamıştır.

**TARTIŞMA:** Basit böbrek kistleri böbreğin en sık görülen kistik lezyonudur(3,7). Soliter veya multipl olabilirler. İçleri kimyasal olarak plazma ultrafiltratına benzer berrak sarı renkli sıvı ile

doluudur. Kompüterize tomografi ile yapılan bir çalışmada başka nedenlerle incelenen 670 hastanın 54 tanesinde bir veya daha çok sayıda böbrek kisti saptanmıştır. Otopsi çalışmalarında 50 yaşın üzerinde basit böbrek kisti %50 oranında saptanmıştır. Yine literatürde 30 yaş altında basit böbrek kistlerine rastlama oranının çok düşük olduğundan söz edilmektedir(7). Bizim serimizde de 30 yaş altında oran %1, 50 yaş altında %10'dur. Saptanan olguların %85'ini 50 yaş ve üzerindeki hasta oluşturmaktadır.

Basit böbrek kistleri tek yada çift taraflı olabilirler. Bir tarafta tek veya birden fazla kistleri mümkündür. Çok sayıda olduklarında eriklin tip polikistik böbrek hastalığı ile karıştırılabilir. Basit böbrek kistleri genellikle kortikal yerleşimlidir. Derin kortikal yada medüller yerleşimli de olabilirler. Genellikle 1.5-1cm çap olup 1-4cm'ye kadar büyük çaplara da ulaşabilirler. Bizim serimizde en sık rastlanan büyüklük 3.5 ile 2.5cm arasında idi.

Basit kistler tabii epitelinden oluşurlar. Mikroskopik olarak tek katlı yada epitel ile döyelidir. Sarı renkli kist sıvısı kimi zaman hemorajik yada enfekte olabilir. Kistler kalisiyel obstruksiyona ve hematüriye çok büyük olduklarında nitle etkisi ile intestinal obstruksiyona, enfeksiyon olduklarında ağrı pyüri ve ateşe neden olabilirler. Nadiren hipertansiyon nedenlidirler. Ancak basit böbrek kistlerinin çoğu asemptomatik olup tesadifen saptanırlar. 100 hastalık serimizde de asemptomatik olgu saptanmamıştır. Kist ile malinite arasındaki ilişki son derece kúçüktür. Erişkinlerde 1343 olguluk bir seride sadece 13 malinite saptanmış bunlardan da sadece dört tanesi kist ile ilişkili bulunmuştur. Dolayısıyla basit böbrek kistlerinde malinite için özel ilaıyıp kistlerin bu nedenle tedavi gerektirmektedir(2,5,6).

Basit böbrek kistlerinin günümüzde geçerli tedavi yöntemi ultrasonografi veya kompüterize tomografi eşliğinde perkütan yoldan inceleme gerekirse kataterizasyon ve aspirasyon ve skatrizasyon ajanlar verilerek skatrizasyondur. 1343 olguluk retrospektif bir seride olguların %50'sine cerrahi yaklaşıp uygulandı, bunların %15'inde nefrektomi yapılmış ve %10 cerrahi komplikasyon ortaya çıkarak %1.2 mortaliteye neden olduğ görülmüştür. Günümüzde malinitesinin bu kadar düşük olduğu morbidite ve mortalitesinin cerrahi yaklaşıp ile büyük ölçüde azalması bu hastalıkta cerrahi yaklaşıp ile tedavi söz konusu değildir (2,5,6).

Ultrasonografi ve kompüterize tomografi ile saptanan kitlenin basit böbrek kisti tanısı kesin değil ise diagnostik, ağrı, hematüri, pelvi kalisiyel obstruksiyon, hipertansiyon gibi semptomların varlığında terapötik amaçlı perkütan kist aspirasyonu ve skatrizasyonu endikasyonu

vardır. Literatürde ve kendi deneyimlerimizde non-invaziv, efektif ve komplikasyonu olmayan bu yöntemin tartışılması ayrı bir çalışmanın konusu olacaktır.

#### KAYNAKLAR

1. Ambrose, S.S., Lewis, E.L., O'Brien, D.P., Waltson, K.M., and Ross, J.R.: Unsuspected renal tumors associated with renal cysts. *J Urol* 1977; 117: 704.
2. Anderson, J.D., Lieber, M., and Smith, R.: Latent adenocarcinoma in renal cysts. *J Urol* 1977; 118: 861.
3. David, Sutton.: A textbook of Radiology and Imaging. Fourth edition Volume 2: 1124-1150 Churchill Livingstone Edinburgh London 1987.
4. Edwards, J.R., and John, G.: The renal sinus: An Imaging review and proposed nomenclature for sinus cysts. *J Urol* 1988; 139: 1151.
5. Edwards, S., Amis, Sr., John, J., Cronan, Richard, C. Pfisher, Needle puncture of cystic renal masses: A survey of the Society of Uroradiology *AJR* 1987; 148: 297.
6. Sufrun, G., Etra, W., Gaeta, J., Merwin, D.E.: Hypernephroma arising in wall of simple renal cyst. *Urology, G.*; 1975; 507.
7. Brenner, B.M. Rector, F.C.: The Kidney.: Third edition Volume II.: 1986; 1357-63, W.B. Saunders Company.