

PELVİK EKTOPİLİ BÖBREKTE TÜMÖR GÖRÜNÜMÜ VEREN OVER KİTLESİ: OLGU SUNUMU VE LAPAROSKOPİNİN ÖNEMİ

OVARIAN MASS MIMICKING ECTOPIC PELVIC KIDNEY TUMOR: A CASE REPORT AND SIGNIFICANCE OF LAPAROSCOPY

Abdullah Erdem CANDA, Ali Serdar GÖZEN, Lütfi TUNÇ, Jens RASSWEILER, Doğu TEBER
Heidelberg Üniversitesi, Slk-Kliniken Heilbronn, Üroloji Kliniği, ALMANYA

ABSTRACT

Introduction: Pelvic kidney is seen in between 1: 900 - 1: 1200 of the population and development of renal cell carcinoma is very rare in pelvic kidneys.

Materials and Methods: A 68 year old lady with a known right pelvic kidney was admitted to our urology outpatient clinics with right lower quadrant abdominal pain. A suspicious mass on the upper pole of the pelvic kidney was detected on radiologic evaluation. Patient's history, diagnostic work-up and treatment are presented and discussed.

Results: Physical examination revealed right abdominal lower quadrant tenderness. Abdominal ultrasound (USG) showed a 3.5x4 cm sized hypoechogenic mass located on the right side of the urinary bladder in the pelvis with reduced blood flow on Doppler USG. Abdominal computed tomography demonstrated a 3.5x4 cm sized mass located on the upper pole of the pelvic kidney which was also on the right side of the urinary bladder. Mercaptoacetyltriglycine (MAG-3) scintigraphy showed similar functions of both kidneys without any obstruction. Transperitoneal laparoscopy revealed a pediculated 3.5x4 cm sized mass lesion of the right ovary which was excised with its pedicle. No tumor was observed in the pelvic kidney during laparoscopy. Histopathologic diagnosis of the ovarian mass was reported as fibroma.

Conclusion: Tumors of the ovaries might be misdiagnosed radiologically as pelvic kidney tumors due to their close anatomical relationship in patients with pelvic kidneys. We recommend transperitoneal laparoscopic approach in this patient group rather than open laparotomy as minimally invasive diagnostic and therapeutic surgical modality.

Key words: Pelvic kidney, Tumor, Ovarian mass, Diagnosis, Treatment, Laparoscopy

ÖZET

Pelvik böbrek 1: 900 - 1: 1200 oranında görülmekte ve pelvik böbrekte böbrek hücreli kanser gelişimi oldukça enderdir.

Sağ pelvik yerleşimli böbreği olduğu bilinen 68 yaşındaki bayan hasta sağ alt kadranda ağrısı nedeniyle üroloji polikliniğimize başvurdu. Radyolojik incelemelerde pelvik böbrek üst polden köken alan kuşku kitle saptanan olgu öykü, tanınarak tanınarak ve tedavisi sunulmaktadır.

Fiziksel incelemede sağ alt kadranda hassasiyet saptandı. Abdominal ultrasonografide (USG) kemik pelvisde sağda, mesanenin sağ yanında yaklaşık 3.5x4 cm'lik hipoekojen ve Doppler USG'de kanlanması az olan kitle lezyonu izlendi. Batın bilgisayarlı tomografisinde mesane sağ yan duvarına komşuluk gösteren, pelvik böbrek üst polde yaklaşık 3.5x4 cm'lik kuşku kitle izlendi. Mercaptoacetyltriglycine (MAG-3) böbrek sintigrafisinde her iki böbreğin eşit işleve sahip olduğu görüldü ve obstrüksiyon saptanmadı. Yapılan transperitoneal laparoskopide sağ overden köken alan, pediküllü yaklaşık 3.5x4 cm'lik kitle lezyonu izlendi ve pedikülü ile eksize edildi. Laparoskopik diseksiyon sonucunda pelvik böbrekte herhangi bir kitle olmadığı gözlemlendi. Kitlenin patoloji sonucu fibrom olarak rapor edildi.

Over kitleleri radyolojik olarak birbirleriyle yakın anatomik ilişkide olmaları nedeniyle pelvik böbreği olan bayanlarda yanlışlıkla pelvik böbrek tümörleri olarak değerlendirilebilirler. Bu olgularda açık laparotomi yerine transperitoneal laparoskopiyi hem tanısal hem de cerrahi tedavi yapılabilmesi açısından minimal invaziv bir yöntem olarak önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: Pelvik böbrek, Tümör, Over kitlesi, Tanı, Tedavi, Laparoskopi

GİRİŞ

Böbrek ektopi, böbreğin fossada olması gereken yerde değil pelvik, iliyak, abdominal, torasik ya da karşı vücut bölgesinde yerleşmesi olarak tanımlanmaktadır¹.

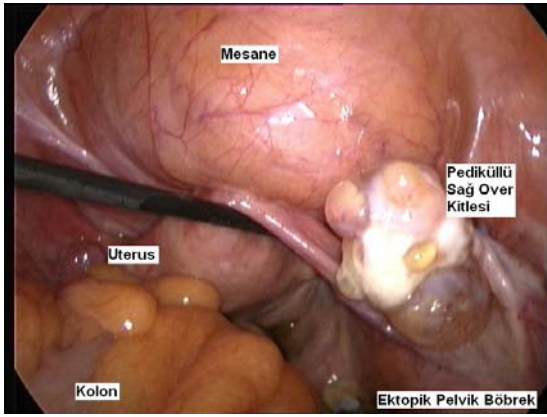
Otopsi serilerinde pelvik böbrek sıklığı 1: 900 ile 1: 1200 arasında bildirilmiş olup, kadın ve erkekte eşit sıklıkta görülmektedir¹. Bu makalede pelvik yerleşimli böbreği olan 68 yaşındaki

EKTOPIK BÖBREKTE TÜMÖR GÖRÜNÜMÜ VEREN OVER KİTLESİ (Ovarian Mass Mimicking Ectopic Pelvic Kidney Tumor)

bir bayan hastada pelvik böbrek üst polden köken alan kuşkulu bir kitle saptanmış ve olgunun öyküsü, radyolojik bulguları, yapılan tanısal incelemeler ve tedavisi sunularak tartışılmıştır.



Şekil 1. Batın bilgisayarlı tomografide pelvik yerleşimli böbrek üst polden köken alan kitle görünümü.



Şekil 2. Transperitoneal laparoskopide sağ overden köken alan pediküllü kitlenin, ektopik pevik böbreğin ve diğer komşu anatomik yapıların görünümü

OLGU SUNUMU

Sağ pelvik yerleşimli böbreği olduğu bilinen 68 yaşındaki bayan hasta 6 aydır sağ alt kadranda sürmekte olan künt özellikteki ağrı nedeniyle üroloji polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 40 yıl önce apendektomi öyküsü mevcut idi. Fiziksel in-

celemede sağ alt kadranda hassasiyet saptandı. Jinekolojik herhangi bir yakınması olmayan hastanın öyküsünden menapoz sonrası dönemde olduğu öğrenildi. İdrar tetkikinde lökositüri saptandı. İdrar kültüründe üreme yoktu. Hemogram ve serum biyokimyası normal sınırlarda idi. Abdominal ultrasonografide (USG) kemik pelviste sağda, mesaneninin sağ yanında yaklaşık 3.5x4 cm'lik hipoekojen, inhomojen, Doppler USG'de kanlanması az olan kitle lezyonu izlendi. Pelvik böbrekte sonografik olarak bir anormallik izlenmedi. Batın bilgisayarlı tomografide (BT) pelviste, mesane sağ yan duvarında yaklaşık 3.5x4 cm'lik kitle ve sağ böbrek üst polde kuşkulu kitle lezyonu izlendi (Şekil 1). Mercurioacetyltriglycine (MAG-3) böbrek sintigrafisinde her iki böbrek eşit işleve sahip idi ve bir obstrüksiyon saptanmadı. Hastaya yapılan transperitoneal laparoskopide sağ overden köken alan, pediküllü yaklaşık 3.5x4 cm'lik kitle lezyonu izlendi (Şekil 2) ve pedikülü ile birlikte eksize edildi. Pelvik böbrekte ise herhangi bir kitle olmadığı gözlemlendi. Sağ overden eksize edilen kitlenin patoloji sonucu fibrom olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Böbrek ektopi, böbreğin fossa yerine başka bir vücut bölgesinde yerleşmesidir ve en sık pelvik olarak görülmektedir¹. Böbrek ektopiye sıklıkla genitoüriner, kas-iskelet sistemi ve kardiyovasküler sistem anomalilerinin eşlik ettiği görülmektedir². Böbrek ektopisi olan bayanların %20-66'sında uterus (unikornuat, bikornuat uterus ya da uterusun olmaması), vajinada (atrezi, duplikasyon) ya da ikisinde birlikte bozukluklar görülebilmektedir¹. Erkeklerin ise %10-20'sinde inmemeş testis, üretral duplikasyon ya da hipospadiyas görülebilmektedir¹. Bizim hastamızda pelvik böbreğe eşlik eden ek bir bozukluk saptanmadı. Ektopik böbrekte böbrek hücreli kanser (BHK) gelişimi oldukça ender görülmekle birlikte yayınlarda günümüze dek 7 olgu bildirilmiştir.

Over tümörlerinin çoğu epitelyal orijinlidir ve en sık menapoz olmuş bayanlarda görülmektedir. Over tümörlerin menapoz öncesi dönemde %24'ü, menapoz sonrası dönemde ise %60 kadarı malin karakter taşımaktadır³. Over kanseri jinekolojik kanserler arasında en sık mortalite nedenidir. Tümör belirtici olarak CA-125 kullanılsa da özgüllük ve duyarlılığı düşüktür³. Transvajinal renkli Doppler USG over tümörlerini görüntülenmesinde yar-

dımcı bir görüntüleme yöntemidir³. Kitlenin over kaynaklı olup olmadığını gösterecek özgül bir ajan ise günümüzde bulunmamaktadır³.

Over kitleleri birbirleriyle yakın anatomik ilişkide olmaları nedeniyle pelvik böbreği olan bayan hastalarda yanlışlıkla pelvik böbrek tümörleri olarak değerlendirilebilirler ve radyolojik görüntüleme hatalarına yol açabilirler. Bizim olgumuzda da batın BT’de bu nedenle ektopik böbrek üst polde endofitik yerleşimli kitle görünümü oluşmuştur. Bu olgularda radyolojik tanı için kullanılabilecek bir diğer görüntüleme yöntemi manyetik rezonans görüntülemesidir (MRG). Ancak, MRG uzaysal çözünürlüğü yeterli bir görüntüleme yöntemi değildir. Bundan ötürü kitlenin böbrek ya da over kökenli olduğunu ayırt etmede yetersiz kalabilmektedir. Buna karşın ektopik böbrek gibi bozukluklarda paramanyetik kontrast madde verilerek yapılacak olan MRG ile vasküler anatomi özellikle ameliyat öncesinde daha iyi ortaya konulabilir⁵. BT ise anatomik olarak uzaysal çözünürlüğü daha iyi olan bir görüntüleme yöntemi olduğu için özellikle pelvik böbrek ve over gibi birbirine yakın anatomik yerleşimde olan organlara ait olabilecek kitleleri ayırt etmede MRG’ye göre daha değerli bilgi vermektedir⁴. Bizim olgumuzda da abdomino-pelvik BT yapılmış olmasına karşın, tümörün pelvik böbrek üst polden geliştiğine dair görünüm elde edilmiştir.

Bu olgularda ayırıcı tanıda kullanılabilecek bir diğer yöntem ise nükleer tıp yöntemleridir. Böbreğin morfolojik yapısını görüntülemek için nükleer tıp görüntüleme yöntemlerinden dimercaptosuccinic acid (DMSA) ya da MAG-3 sintigrafisi yapılması oldukça bilgi vericidir⁶. Bu şekilde kitlenin olduğu böbrek bölgesinde fotopenik görünüm ya da düzensiz aktivite dağılımı saptanabilir. Ayrıca dinamik çalışma yapıp kitlenin böbrek kaliksleri ile ilişkisi de gösterilebilir⁷. Bizim olgumuzda MAG-3 böbrek sintigrafisi yapılmış ve pelvik böbreğe ait herhangi bir bozukluk saptanmamıştır. Pozitron emisyon tomografi (PET) ile görüntülemeye ise pelvik böbrek toplayıcı sistemiyle yakın komşuluktaki tümör ayırımı her zaman kolay olmaya bilmektedir⁸.

Laparoskopik pelvik cerrahi Avrupa’da giderek artan sıklıkta başarıyla yapılmaktadır^{9,10}. Yalnızca açık cerrahiye alternatif bir yöntem olarak değil, bizim olgumuzda olduğu gibi aynı zamanda tanısallık amacıyla da özellikle minimal invaziv

olması nedeniyle kullanılabilmektedir. Bizim olgumuzda pelvik böbrek üst polden köken alan tümör ön tanısı ile transperitoneal laparoskopik kısmi nefrektomi (LPN) yapılması planlanmış ancak laparoskopi sırasında tümörün sağ overden köken aldığı saptanmış ve eş zamanlı olarak eksize edilmek suretiyle tedavi edilmiştir. Pelvik böbrek ise yapılan laparoskopik diseksiyon ve esklorasyon ile değerlendirilmiş ve kitlesel bir lezyon olmadığı açıkça anlaşılmıştır. Tanıda kullanılabilecek bir diğer yöntem ise ameliyat sırasında laparoskopik böbrek ultrasonografisidir. Özellikle komplike olgularda böbreğin anatomik yapısının tanımlanmasında, böbrek veninde trombus varlığının değerlendirilmesinde ve böbrek perfüzyonun değerlendirilmesinde yararlı olduğu bildirilmiştir¹¹. Biz olgumuzda transperitoneal laparoskopi sırasında over kökenli kitle izlenmesi ve eksplorasyonda böbreğin normal olarak izlenmesi nedeniyle ameliyat sırasında laparoskopik böbrek ultrasonografisi yapılmamıştır. Ancak, kuşkuda kalındığında kullanımının yararlı olabileceğini düşünüyoruz.

Laparoskopik cerrahinin, hastanede kısa kalma süresi, azalmış ameliyat sonrası narkotik kullanma gereksinimi, hastanın günlük yaşamına daha hızlı dönebilmesi ve daha iyi kozmetik sonuçlara sahip olması açık cerrahi ile karşılaştırıldığında göze çarpan üstünlükleridir. Bizim olgumuzda olduğu gibi açık laparotomi yerine uygulanacak transperitoneal laparoskopiyi minimal invaziv bir yöntem olarak özellikle intraabdominal patolojileri ayırt etmede hem tanısallık hem de aynı seansta cerrahi tedavi de yapılabilmesine olanak sağlayacağı için önermekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1- **Bauer SB.** Anomalies of the kidney and ureteropelvic junction. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ, eds. Campbell’s urology. Philadelphia: Saunders, 1708-1755, 1998.
- 2- **Nino Murcin M, deVries P, Friedland GW:** Congenital anomalies of the kidney. In: Pollack HM, McClellan BL, Dyer R, Kenny PJ, eds. Clinical urography, 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 725-732, 2000.
- 3- **Tanrıverdi HA, Sade H, Akbulut V, Barut A, Bayar Ü:** Pelvik Kitlelerin Klinik ve Ultrasonografik Değerlendirmesi. J Turkish-German Gynecol Assoc, 8: 67-70, 2007.
- 4- **Terrone C, Destefanis P, Fiori C, Savio D, Fontana D:** Renal cell cancer in presacral ectopic kidney: Preoperative and diagnostic imaging compared to surgical findings. Urol Int., 72: 174-5, 2004.

EKTOPIK BÖBREKTE TÜMÖR GÖRÜNÜMÜ VEREN OVER KİTLESİ
(*Ovarian Mass Mimicking Ectopic Pelvic Kidney Tumor*)

- 5- **Bolton DM, Wong P, Lawrentschuk N:** Renal cell carcinoma: Imaging and therapy. *Curr Opin Urol.* 17: 337-40, 2007.
- 6- **Smokvina A, Grbac-Ivanković S, Girotto N, Dezulović MS, Saina G, Barković MM:** The renal parenchyma evaluation: MAG3 vs. DMSA. *Coll Antropol.* 29: 649-54, 2005.
- 7- **Kobayashi Y, Usui Y, Shima M, Akio H, Miyakita H, Inatsuchi H, Terachi T:** Evaluation of renal function after laparoscopic partial nephrectomy with renal scintigraphy using ^{99m}technetium-mercaptoacetyltriglycine. *Int J Urol.* 13: 1371-4, 2006.
- 8- **Powles T, Ell PJ:** Does PET imaging have a role in renal cancers after all? *Lancet Oncol.* 8: 279-81, 2007.
- 9- **Rassweiler J, Teber D, de la Rosette J, Laguna P, Pansodoro V, Frede T:** Laparoscopic pelvic surgery: Where do we stand in the year 2006? *Urologe A.* 45: 1135-6, 1138-44, 2006.
- 10- **Rassweiler J, Hruza M, Teber D, Su LM:** Laparoscopic and robotic assisted radical prostatectomy-critical analysis of the results. *Eur Urol.* 49: 612-24, 2006.
- 11- **Fazio LM, Downey D, Ngan CY, Karnik V, Al-Omar M, Kwan K, Izawa JI, Chin JL, Luke PP:** Intraoperative laparoscopic renal ultrasonography: Use in advanced laparoscopic renal surgery. *Urology.* 68: 723-7, 2006.