

# Bosniak Tip III Böbrek Kistinin Spontan Regresyonu

Enis Rauf Coşkuner<sup>1</sup>, Burak Özkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

Gönderilme Tarihi: 09 Eylül 2009 • Revizyon Tarihi: 16 Aralık 2009 • Kabul Tarihi: 16 Aralık 2009

## ÖZET

Abdominal ultrason ve kompüterize tomografi gibi non-invaziv diagnostik aletlerin yaygın kullanımı ile böbrek kistleri daha artan bir sıklıkla teşhis edilmeye başlamıştır. Bosniak, cerrahi olmayan (tip I ve tip II) ile cerrahi işlem gerektirenleri (tip III ve tip IV) düzenlemek amacıyla bir sınıflama sistemi oluşturmuştur. Tip II ve tip III kistik lezyonların arasında net bir ayırım yoktur. Renal kistlerin spontan regresyonu ise nadir görülen bir durumdur. Biz bu yazımızda Bosniak tip III kisti bulunan 21 yaşında bir bayan hastayı sunarken kistin izlemi ve bu arada şüpheli renal kistik lezyonların değerlendirilmesini tartıştık.

**Anahtar sözcükler:** renal kist, bosniak sınıflaması

## SPONTANEOUS REGRESSION OF BOSNIAK TYPE III CYST

### ABSTRACT

With the widespread use of non-invasive diagnostic tools, such as abdominal ultrasound and computerized tomography, renal cysts are diagnosed with increasing frequency. Bosniak suggested a classification in an attempt to sort out the different cases into nonsurgical (type I and type II), and surgical ones (type III and type IV). Differential diagnosis of cystic lesions type II and III is not easy to perform.. Spontaneous regression of renal cysts is a rare phenomenon. We report a 21 years old female patient with Bosniak type III cyst and discuss its regression and diagnostic tools to evaluate suspicious renal cystic lesions.

**Keywords:** renal cyst, bosniak classification

## Giriş

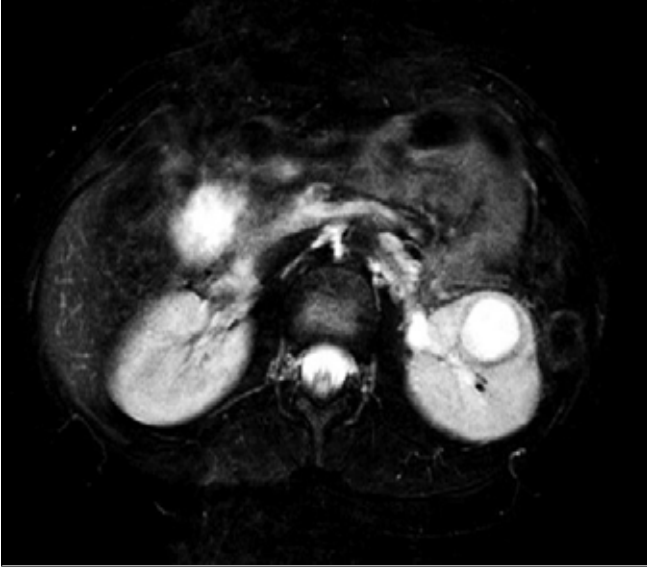
Böbrekler insan vücudunda kist oluşumunun en sık görüldüğü organlardan birisidir. Abdominal ultrason (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) gibi görüntüleme yöntemlerinin sık kullanılır hale gelmesi böbrek kistlerinin artan bir sıklıkla tespitine neden olmaktadır. Günlük pratik hayatımızda pek çok branş hekiminin karşısına çıkan bu bulgu gerek maligniteyle olan ilişkisi gerekse takip ve tedavisi ile ilgili yaklaşımlarla ilgi çekip, özellikle ürologları pek çok soruyla karşı karşıya bırakmaktadır. Sunacağımız olgu saptanan kistin niteliği ve klinik seyri açısından özellik taşıması nedeniyle paylaşımına gerek duyulmuştur.

## Olgu Sunumu

21 yaşında bayan hasta lomber ağrı ve idrar yaparken yanma şikayetleri ile acil servisimize başvuru sonrası üroloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Tam idrar tahlilinde eritrositüri ve piyüri tespitine rağmen idrar kültüründe üreme gözlenmemiştir. Yapılan antibiyotik tedavisi ile semptomları gerilemiştir. Hastanın yapılan

USG incelemesinde sol böbrek orta kesim anteriorda minimal duvar kalınlaşması gözlenen 41x42mm boyutlarında anekoik kist tespit edilmiş ve manyetik rezonans (MR) ile görüntüleme önerisinde bulunulmuştur. Yapılan bu incelemede ise sol böbrek orta kesim anteriorda 33x27x34mm boyutunda, intraparankimal yerleşimli, sıvı/sıvı seviyelenmesi gösteren, duvar kalınlığı 4mm ölçülüp, duvarda diffüz konsantrik kontrast tutulumu olan, posterior internal irregülerite tespit edilen, septasyon ya da solid komponent içermeyen Bosniak tip III kist bulguları verilmiştir (Şekil 1). Aynı seansta yapılan BT incelemesinde ise kist içeriğinin 18-23 HU (Haunsfield Ünitesi) olduğu ve kalsifikasyon içermediği belirtilmiştir.

Bosniak Tip III kistlerdeki cerrahi yaklaşım seçeneğine rağmen hastanın yaşının genç olması, enfeksiyon tablosu altında kistin tespit edilmiş olması, olası müdahalede seçeneğin nefrektomiye yönelmesi ihtimalinin yüksekliği ve hastanın da cerrahi bir yöntemle sıcak bakmaması nedenleriyle sıkı takip kararı verilerek 3 ay sonra hasta kontrole çağırılmıştır. 3 ay sonra yapılan MR görüntü-



**Şekil 1.** Sol böbrek orta kesim anteriorda yer alan Bosniak tip III böbrek kisti.

lemesinde sol böbrekte kist, şüpheli bir lezyon veya sekel dokuya rastlanmamıştır (Şekil 2).

### Tartışma

Pek çok konjenital, sporadik veya edinsel kistik böbrek lezyonları nefron veya toplayıcı kanallardan kaynaklanır. Basit böbrek kistleri, böbrek içi veya yüzeyinde yer alan yuvarlak veya oval şekilli, keskin ve düzgün sınırlı, transuda karakterinde sıvı içeren kitlelerdir. Genellikle tek taraflı ve soliterdir ancak bilateral ve çok sayıda da olabilirler. Çocuklara göre erişkinlerde daha fazladır ve görülme sıklığı yaşla birlikte artar. BT ile yapılan çalışmalarda 40 yaşında görülme sıklığı %20 bulunurken, 60 yaş sonrası %33 olarak tespit edilmiştir (1).

Kistik renal kitleler genellikle asemptomatik olup, rastlantısal olarak başka bir amaçla çekilen USG'lerde tespit edilme olasılığı yüksektir. Çok sık görülmemekle birlikte hastanın ilk başvurusu kiste ilişkin de olabilir ve bunlar kitleye bağlı ağrı, kistin toplayıcı sistemle olan ilişkisine bağlı hematüri veya basıya bağlı gelişen iskemiyile görülen hipertansiyon şeklinde gözlenebilir.

Kistik renal kitlelerin incelenmesinde ilk tanı aracı USG'dir. Kistin sonografik bulgularında şüphe uyandıran görüntüler tespit edildiğinde en ideal ileri inceleme tekniği ise BT'dir. BT dışında ileri inceleme yöntemleri MR ve ince iğne aspirasyonu'dur. BT ile incelemede kistin karakteri Bosniak sınıflama yöntemine göre verilir. Basit ve kompleks kist gruplamasını ilk olarak Bosniak 1986 yılında geliştirmiş ve 2005 yılında da revize etmiştir (2). Lezyonların morfolojik ve kontrastlanma özellikleri kullanılarak her lezyon 1'den 5'e kadar ilgili tedavi önerileri ile birlikte sınıflandırılmıştır. Bu revizyonla tip I ve II benign olarak kabul edilirken, tip III ve IV'e eksplorasyon önerilmektedir. Bosniak tip III kalınlaşmış düzensiz veya düzgün ölçülebilir kontrastlanma gösteren, duvar ve septaları olan şüpheli kistik kitlelerdir. Revizyonla birlikte tip II ile III arasına IIF olarak adlandırılan yeni bir ara tip eklenmiştir. Bu yeni



**Şekil 2.** Hastanın 3 ay sonraki kontrolünde MR görüntüsü.

tip zaman içerisinde tip III'lerin cerrahi eksizyonu ile elde edilen sonuçlara göre oluşturulmuştur. BT ile yakın takibi gereken bu tip, %95'den fazla hastada gereksiz cerrahi müdahaleyi önleyebilmektedir (3). Yine de tip IIF ile III arasında ayırım yapmak güç olduğunda sadece kitlenin çıkarılabileceği parsiyel nefrektomi için vakanın uygun olması cerrahi lehine karar vermede etkenidir. Öte yandan enfeksiyon ve yakın zamanlı travma hikayesi tip III için hafifletici bir sebep olabilir. Bosniak Tip III kistlerin cerrahi olarak çıkarılanlarının yaklaşık %50'si malign bulunmuştur. Diğer patolojik sonuçlar ise benign multiloküle kist, hemorajik kist ve yoğun kalsifiye kisttir.

BT'ye ek olarak kullanılacak inceleme yöntemlerinden olan MR, lezyonun damarlanmasını ortaya koyan kontrastlanmayı daha net gösterebilmesi açısından değerlidir (4).

Perkütan renal biopsiler ikilemede kalınan lezyonlarda uygulanan tanı araçlarından bir diğeridir (5). Yanlış örnekleme ihtimali, hemoraji ve enfeksiyonun yanısıra, olası malign hücre implantasyonu gibi riskleri nedeniyle ileri görüntüleme yöntemlerine göre daha az tercih edilir.

İncelediğimiz olguda pek çok noktada ikileme yaşanmıştır. Hastanın genç yaşı ve bu yaşta böbrek kaynaklı olabilecek malignite riski sorgulanabilir. Hastamızı bize getiren olay ise idrar kültürü ile net kanıtlanamasa da klinik seyri açısından tipik bir idrar yolu enfeksiyonudur. Radyoloji departmanlarında tip II ve III arasında ayırmada zorlanıldığı muhakkaktır. Nitekim kliniğimizde de BT'nin çare olmadığı pek çok olguda MR hiç şüphesiz tercih edilmektedir. Genç olguda böbrekteki kitlenin yerleşim yeri de parsiyel nefrektomi gibi daha tercih edilebilecek bir yöntemden bizi uzaklaştırmaktadır. Cerrahi işlemi uygulayan kişilerin, sadece lezyona ait bir karar vermeyip, görüntülemelerle elde edilenlerin hastanın klinik tablosuyla ne derece uyduğu ve hastanın kendisi hakkında ne düşündüğü aşamalarını da sorgulaması gerektiği kanaatindeyiz.

Nitekim olgumuzda da görüntüleme yöntemlerinin bize çizdiği yol kitleyle birlikte böbreğin çıkartılmasını gerektiriyorken, diğer pek çok faktör ele alındığında yakın takip kararı verilmiştir. Bu kararda şüphesiz hastanın bizi desteklemesi etkindir. Öte yandan hastanın takibinde karşılaşılan sürpriz ayrıca değerlendirilebilir. Bu hastayla ilgili ikilemleri sonlandırırken, geride cevapsız pek çok soru da kalmaktadır. Literatürde renal kistlerin spontan regresyonuna ait çalışma bilgileri olmakla birlikte (6,7) Bosniak Tıp III kistin spontan regresyonuna ait bir bilgi tespit edilememiştir. Bu da geçmişe yönelik kendimizi ve hastayı yeniden sorgulamamızı gerektiren bir unsurdur. Özellikle üriner enfeksiyon şüphesi olan bir hastada, bu sürece bağlı renal parankimde belirebilecek değişimler maligniteye yakın kistik görünüm verebileceği ve bu nedenle Bosniak sınıflamasını etkileyebileceği akla getirilmelidir.

Abse formasyonu sırasında doku nekrozunun oluşturacağı debris, US ve BT'de karışıklığa sebep olabilir (8). Ayrıca intrarenal bir obstrüksiyona bağlı olabilecek kaliksyal divertikül, hidrokalik veya renal papilla malformasyonu sonucu oluşan megakaliksın radyolojik görüntü değişikliğide 'kist benzeri görüntü' oluşturup yanıltıcı bir karara neden olabilir (8).

Radyolojinin lezyon hakkında verdiği kararı gözden geçirmek ve elimizdeki tek dayanak olan enfeksiyon sürecinin böbrekte yaratmış olabileceği tablonun bir parçası olarak bu derece malignite şüpheli bir görüntü oluşturması veya böbrek içi kistik görünüme sahip olabilecek diğer lezyonların ayırıcı tanısı gibi noktalar ileride aynı tip vakalarda çizilecek yol açısından bize ışık tutabilir.

### Kaynaklar

1. Laucks SP Jr, Mc Lachlan MSF: Aging and simple renal cysts of the kidney. Br J Radiol, 54: 12, 1981.
2. Israel GM, Bosniak MA: An update of the Bosniak cyst classification system. Urology, 66: 484-488, 2005.
3. Israel GM, Bosniak MA: Follow-up CT studies for moderately complex cystic renal masses (Bosniak category IIF). AJR Am J Roentgenol 181: 627-633, 2003.
4. Israel GM, Hindman N, Bosniak MA: Comparison CT and MRI in the evaluation of cystic renal masses. Radiology, 231: 365-371, 2004.
5. Rybicki FJ, Shu KM, Cibas ES, et al: Percutaneous biopsy of renal masses: sensitivity and negative predictive value stratified by clinical setting and size of masses. AJR Am J Roentgenol, 180: 1281-1287, 2003.
6. Kessel HC Jr, Tynes WV 2nd: Spontaneous regression of renal cysts. Urology, 17(4): 356-357, 1981.
7. Steel JF, Howe GE, Feeney MJ, Blum JA: Spontaneous remission of parapelvic renal cysts. J Urol, 114(1): 10-13, 1975.
8. Alan J. Wein: Campbell-Walsh Urology. Saunders Elsevier, 9th edition, 2007, pp. 273-276, 3297-3301.

### İletişim

Enis Rauf Coşkuner  
E-Posta : enisraufcoskuner@hotmail.com  
Telefon : 0 (212) 414 41 33