

Pelvik Ektopik Böbrek: Vaka Sunumu

İsmet Gün, Murat Muşcu, Ali Babacan, Vedat Atay

Adres:Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Cep: 0 535 2914603 e-mail: drsmetgun@yahoo.com

ÖZET:

Pelvik böbrek insidansı 1/2000-3000'dir. Tahminen bu bozukluk fetal böbreklerin pelvisten üst retroperitoneal bölgeye yer değiştirme işlemindeki inhibisyon ya da değişiminden kaynaklanan metanefroz gelişiminin bir sapkınlığıdır. Renal ektopi; obstrüktif üropati, reflü, kardiyovasküler, gastrointestinal, iskelet sistemi ve jinekolojik anormallikler ile raporlanmıştır. 26 yaşında, gravida 0, para 0 bir kadın hastada ultrasonografik muayene ile pelvik ektopik böbrek tanısı kondu. Bu çalışmanın amacı ultrasonografik muayenede pelvik ektopik böbrek tanısı vakasını tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik ektopik böbrek, Pelvik kitle, Ultrasonografi

SUMMARY:

Pelvic Ectopic Kidney: A Case Report

A pelvic kidney is found 1 in 2000-3000. Presumably, these disorders result from aberrant metanephros development in which the normal displacement of the fetal kidneys from the pelvis to lumbar fossae is altered or inhibited. Renal ectopia has been reported with obstructive uropathy, reflux, and cardiovascular, gastrointestinal, skeletal, and gynecologic abnormalities. A 26-year-old, gravida 0, para 0 woman was diagnosed pelvic ectopic with ultrasonographic examination. The aim of this study is to discuss a case of pelvic ectopic kidney detected by ultrasonography.

Key words: Pelvic ectopic kidney, Pelvic mass, Ultrasonography

GİRİŞ

Birçok ürolojik sistem anormallikleri embriyolojik gelişim aşamasındaki sapma ile açıklanabilir (1). Pelvik ektopik böbrekte, fetal kalıcı böbreklerin pelvisten üst retroperitoneal bölgeye göç edememesi sonucu oluşmuş metanefroz gelişiminin bir sapkınlığıdır (2). İnsidansı yaklaşık 1/2000-3000' dür (3). Prognoz diğer anomalilerin yokluğunda genel olarak iyidir. Renal ektopi; obstrüktif üropati, reflü ve kardiyovasküler, gastrointestinal, iskelet sistemi ve jinekolojik anormallikler ile raporlanmıştır. En sık eşlik eden ise genital anomalilerdir. Ektopik böbrek normalden küçük ve fetal lobulasyona bağlı olarak farklı şekillerde olabilir. Üreterin mesaneye girişi normal yerindedir. Fonksiyonları normaldir. Her iki tarafta da eşit sıklıkta ve cinsiyet farkı olmadığı görülmektedir. Pelvik böbrekte normal böbreğe göre üriner sistemde taş ve hidronefroz daha sık görülür ve bayanlarda gebelik döneminde distosiye neden olabileceği söylenmektedir (3).

AMAÇ

Oldukça bilinen ve tanınan bir vaka olmasına rağmen, büyük solid adneksiyal kitle tanılarında pelvik böbreğin de akla gelmesi

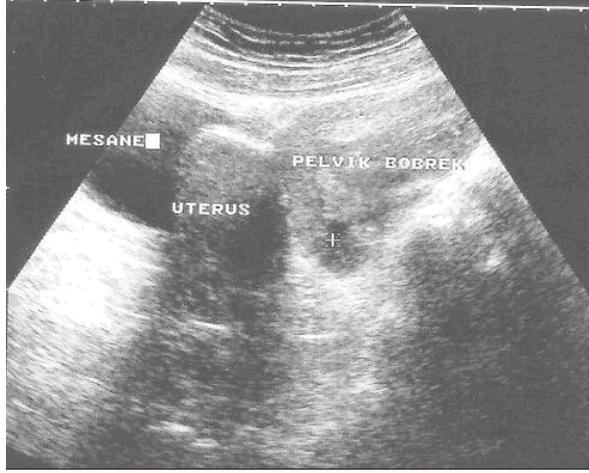
gerektiğini vurgulamak amacıyla hazırlanmış bir vaka sunumudur.

Vaka SUNUMU

26 yaşında, gravidası 0, paritesi 0 olan hasta, vajinal akıntı şikayeti ile müracaat ettiği sağlık kuruluşu tarafından yapılan muayene sonucu 12x10 cm ebatlarında tümöral adneksiyal kitle tespit edilmiş ve bu nedenle de hastaya operasyon önerilmiştir. Operasyon kararının doğruluğunu teyit ettirmek amacıyla 2. bir sağlık kuruluşu olarak hasta bizim polikliniğimize müracaat etti. Özgeçmişinde başka bir patolojik bilgi yoktu. Yapılan jinekolojik muayenede sol yerleşimli, uterusu minimal sağa deviye etmiş, sert kıvamlı, hareketsiz, uterus komşuluğunda ve ağrısız tahmini 10 cm'nin üzerinde sol pelvik kitle tespit edildi. Yapılan rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. Yapılan pelvik ultrasonografide uterus komşuluğunda yaklaşık 12x10 cm ebatlarında ve içinde yer yer kaliksiyel yapılar ve böbrek korteksini andırır görünüm mevcuttu (**Şekil 1**). Sol böbreğin normal lokalizasyonu'nun sonografik kontrolünde sol böbreğin gözlenememesi üzerine sol pelvik ektopik böbrekten şüphelenildi. Bunun üzerine hastaya

intravenöz piyelografi (IVP) planlandı. Yapılan IVP' de eş zamanlı geçişin olduğu ve sol böbreğin pelvik bölgede lokalize olduğu gözlemlendi (Şekil 2).

Şekil 1: Ultrasonografide uterus, mesane ve pelvik böbrek arasındaki ilişki görülmektedir.



Şekil 2: Pelvik böbreğin IVP ile gösterilmesi.



TARTIŞMA

Üriner sistem anomalilerinin antenatal dönemde tanınması mümkündür. Fetal böbreklerin %90'ı 17-20. gebelik haftalarında, %95'i ise 22. gebelik haftasına kadar görülebilmektedir (4). Birçok fetal renal anomali 12-14. haftalarda tespit edilebilir hale gelmesine rağmen, bu tür ektopik pelvik böbrek vakalarını tanımak ancak geç 2. trimester gebelik döneminde büyük oranda mümkün görülmektedir (5). Fakat pelvik böbrek vakalarının büyük çoğunluğu yaşamın ilerleyen yıllarında tesadüfen yapılan sonografi sonucu ilk kez tanımlanmaktadır. Bizim vakamızda da

tanı bu şekilde konulmuştur. Pelvik kitleler hem semptomatik hem asemptomatik kadınlarda bulunabilir. Premenopozal dönemde fizyolojik kistler en yaygın pelvik kitleyken, postmonopozal dönemde primer veya sekonder neoplaziler akla gelmelidir. Pelvik kitlelerin tanısının konulması ve benign/malign ayrımının tedavi öncesi belirlenebilmesi büyük önem taşımaktadır. Pelvik kitle tanımı çoğu zaman overian patolojileri kapsamakla birlikte ayırıcı tanıda myoma uteri gibi jinekolojik problemlerin yanında gastrointestinal ve ürolojik nedenler de akılda tutulmalıdır (3,6). Pelvik böbrek, bunlardan biridir. Meizner ve arkadaşlarının yayınlamış olduğu ektopik böbrek vakalarında her iki tarafta eşit görüldüğü, boyutlarının normale yakın ve fonksiyonlarının normal olduğu gözlemlendi. Hidronefrozun bir vakası hariç hiçbir anomali de gözlemlenmedi (5). Karşıt görüşler de mevcuttur. Lusch ve arkadaşlarının 31 vakalılık retrospektif çalışmasında 22.6%'sı başlangıçta semptomatikti ve 64.5%'i sol tarafta oluşmuştu (7). Ektopik böbrek normalden küçük ve fetal lobulasyona bağlı olarak farklı şekillerde olabilir. Bu da tanının zorlaşmasına neden olur. Ultrasonografik olarak saptanan renal anomaliler tek veya iki taraflı olabilir ve aynı kişide farklı anomaliler bir arada bulunabilir. Bu anomalilerin bazılarında genetik bozuklukların neden olduğu da gösterilmiştir (8,9). Bizim vakamızda ise pelvik ektopik böbrek dışında başka bir patoloji söz konusu değildi. Tanı başlangıçta adneksiyal solid kitle olmuş ve takiben ektopik böbrek tanısına gidilmiştir.

Kadın erkek oranı açısından fark yoktur. Prognozu belirleme açısından diğer anomaliler yönünden hasta dikkatli bir şekilde incelenmelidir. Hastalık tek taraflı ya da bilateral ve başka anomali yoksa konservatif izlem yeterlidir. Fakat bu böbreklerin enfeksiyon riskleri acaba diğer böbreklere göre daha mı fazla yada malignansi riski daha mı fazla sorularının cevabında bir netlik yoktur. Bizim vakamızın anamnezinde de enfeksiyon sıklığının normal popülasyondan farklı olmadığı ve ek bir şikayete neden olmadığı görülmektedir.

SONUÇ

Konjenital üriner sistem anomalileri özellikle aile öyküsü pozitif olanlarda oldukça sık görülmektedir. Pelvik böbrek ise bunlar içinde hiçbir problem yaratmayan konjenital gelişimsel bir anomalidir. Fakat beraberinde birçok anomali olabileceği de unutulmamalıdır. Çoğu ileri yaşlarda tesadüfen saptanır. Büyük, solid görünümlü ve içinde kistik oluşumlar olan adneksiyal kitle tanısı almış vakalarda mutlaka ektopik pelvik böbrek akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Moore KL, Persaud TVN: *The Developing Human: Clinically Oriented Embryology*, ed 6. Philadelphia, WB Saunders, 1998.
2. Hiraoka M. Medical management of congenital anomalies of the kidney and urinary tract. *Pediatr Int* 2003;45:624., Woolf AS, Price KL, Scambler PJ, Winyard PJ. Evolving concepts in human renal dysplasia. *J Am Soc Nephrol*. 2004;15:998-1007.
3. Cinman NM, Okeke Z, Smith AD. Pelvic kidney: associated diseases and treatment. 2007;21(8):836-42.
4. Kramer SA. Current status of fetal intervention for congenital hydronephrosis. *J Urol* 1983;130(4):641-6.
5. Meizner I, Yitzhak M, Levi A, et al: Fetal pelvic kidney: A challenge in prenatal diagnosis? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1995; 5(6):391-3.
6. H. Alper TANRIVERDİ, Hakan SADE, Volkan AKBULUT, Aykut BARUT, Ülkü BAYAR. Pelvik Kitlelerin Klinik ve Ultrasonografik Değerlendirmesi. *J Turkish German Gynecol Assoc*. 2007;8(1):67-70.
7. Lusch A ,Koen M Becker T,Engelhardt PF, Riccabona M. Pelvic kidney in childhood. Specific features, concomitant pathologies and useful diagnostic investigations. 2007;46(2):132-6.
8. Gribouval O, Gonzales M, Neuhaus T, Aziza J, Bieth E, Laurent N at all. Mutations in genes in the renin-angiotensin system are associated with autosomal recessive renal tubular dysgenesis. *Nat Genet*. 2005;37(9):964-8.
9. Vats KR, Ishwad C, Singla I, Vats A, Ferrell R, Ellis D at all. A locus for renal malformations including vesico-ureteric reflux on chromosome 13q33-34. *J Am Soc Nephrol*. 2006;17(4):1158-67.