

Kétoldali veseciszta – esetismertetés

Daróczy János

Petrozsényi Kórház, Urológiai Osztály

Chist renal bilateral – Prezentare de caz

Chistele renale solitare reprezintă o entitate patologică distinctă și cel mai adesea sunt descoperite întâmplător în cadrul explorărilor imagistice renale. Diagnosticul diferențial cu formațiunile renale neoplazice prezintă o importanță clinică deosebită. Incidența chistelor descoperite imagistic crește odată cu vârsta. Chistele simple sunt uniloculare fără să comunice cu sistemul colector, grefându-se pe rinichi cu structură normală. Urografic, atât chistele cât și tumorile renale determină dezorganizări ale sistemului pielocaliceal. Chistele renale solitare la examenul ecografic se prezintă ca formațiuni transonice, bine delimitate, cu contur regulat, perete subțire, cu ecouri posterioare. Tomografia computerizată se impune atunci, când nu sunt îndeplinite criteriile ecografice de diagnostic. De obicei chistele solitare sunt asimptomatice, fiind descoperite întâmplător prin explorări imagistice și nu necesită tratament. Autorul prezintă cazul unui bolnav în vârstă de 16 de ani operat cu diagnosticul de fimoză și strictură de uretră în urmă cu 10 ani. Bolnavul se prezintă la serviciul de urologie cu o moderată jenă (dureri) la nivelul regiunii lombare. În urma examenului ecografic se depistează chist renal bilateral, polar superior stâng și mediu renal drept. Se practică investigarea U.I.V. Nefrogramă și pielogramă prezente bilateral la 10 minute cu opacifiere de intensitate redusă a rinichilor. Rinichiul drept și stâng prezintă contururi neregulate boselate și tijă caliceală dezorientată alungită – în observație pentru tumoare renală. Se practică investigarea C.T. abdomino pelvină cu substanță de contrast. Rinichiul stâng prezintă la nivelul polului superior o formațiune chistică 7/6 cm, rinichiul drept prezintă mediocorporeal formațiune chistică de 7/7 cm. Chistele sunt cu densități lichidiene, structură omogenă, neiodofilă. Leziunea chistică este asimptomatică fără complicații – nu se impune tratament medicamentos sau chirurgical.

Bilateral renal cyst – Case presentation

The author presents a case of a 16 year old male patient with diffuse back pain. The anamnestics was a surgery performed 10 years ago for phimosis and urethral stricture. The examinations demonstrated bilateral simple renal cysts. The sonographic examinations demonstrated anechoic round mass with a smooth and sharply demarcated wall and through-transmission with strong posterior wall echo in both kidneys. The cysts measured 6-7 cm in diameter and were filled with clear fluid. The CT scan has demonstrated a sharply demarcated cyst with a smooth thin wall, homogenous fluid within the cyst and no contrast enhancement. The clinically most significant task was differentiating it from carcinoma. Treatment options for renal cysts include aspiration, sclerosis, open resection, endoscopic marsupialization and fulguration, percutaneous resection, and laparoscopic resection. This case doesn't need any treatment only rigorous control.

Orvostudományi Értesítő, 2007, 80 (1): 20-22

www.emeogysz.ro

A szoliter veseciszta rendszerint fejlődési rendellenesség izoláltan a vese alsó, ritkábban a felső pólusán helyezkedik el, de előfordulhat mind a két oldalon is. A vese felszínéből kiemelkedik, a falát vékony kötőszövet alkotja. A ciszta tartalma szerocitrin vízszerű folyadék. A vese parenchimáját lényegesen a nagyobb ciszta sem károsítja, a vizelettranszport mechanizmusát azonban zavarhatja [1, 4, 10, 11].

A ciszta lehet multilokuláris, ilyenkor a kötőszövetes válaszfal a nagy cisztát többrekeszűvé osztja [9, 12].

A ciszta általában tünet nélküli, és csak az egyéb okból végzett urografián látható jellegzetes deformitás alapján kórismézhető. Bizonyos esetekben hematuria, deréktáji fájdalom vagy gasztrointesztinális panaszok észlelhetők, magas vérnyomást is okozhatnak [2, 3].

Nagyobb ciszta esetén a vese tapinthatóvá válik [1, 10].

Urográfia. Megnagyobbodott veséárnyék mellett a kehelyszár a ciszta elhelyezkedésétől függően diszlokált és megnyújtott. A ciszta kerek vagy ovális és sugáráteresztő [2, 12].

Az urografián a szoliter veseciszta hasonló radiológiai elváltozást okozhat, akár csak a vesedaganat, ezért az ettől való elkülönítés feltétlenül szükséges. A vese ultrahang- és CT-vizsgálata a diagnózist egyértelművé teszi. A kontrasztanyag CT-vizsgálat nem mutat elváltozást a ciszta

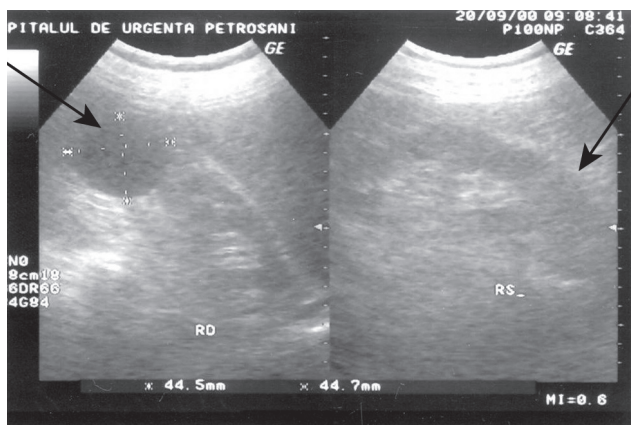
tartalmának a sűrűséget tekintve. A perkután cisztapunkció és a cisztának a kontrasztanyag feltöltése elősegíti a pontos diagnózist és a felállítását. A cisztatartalom citológiai vizsgálata fontos a malignitás kizárása végett.

Esetismertetés

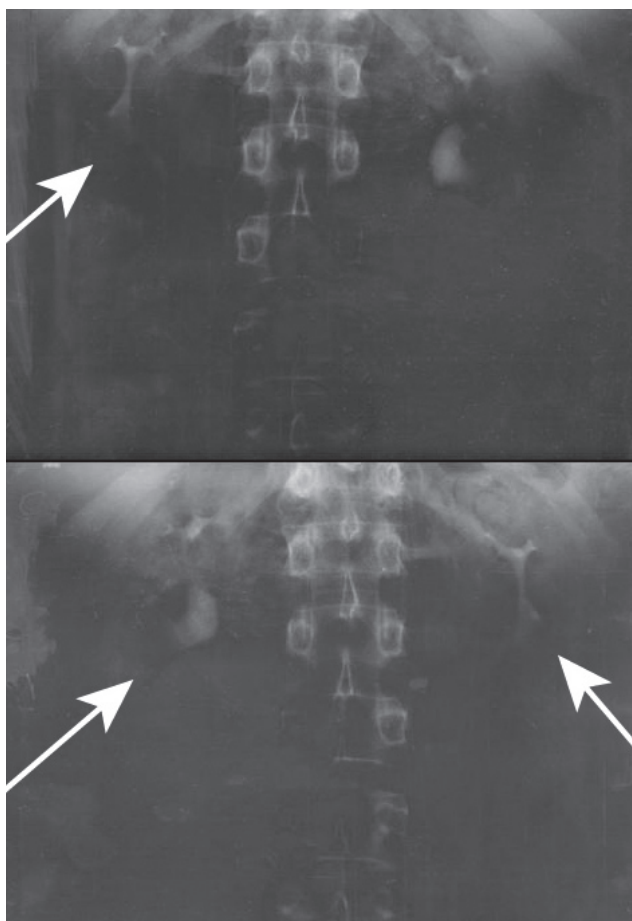
A dolgozatunkban egy 16 éves férfibeteg esetét mutatjuk be, aki enyhe deréktáji fájdalommal jelentkezett vizsgálatra osztályunkon. Anamnézisében 10 évvel ezelőtt phimosis és uretra szűkület miatti operáció szerepel. A vizsgálatok során a laboratóriumi eredmények negatívak voltak. Az ultrahangvizsgálat kétoldali szoliter vesecisztát mutatott ki. Jobboldalon mediorenálisan 7/6 cm, baloldalt a vese felső pólusán 7/7 cm. (1. ábra).

Az I.V.U. a kehelyszárak a deformitását mutatta ki. A ciszták kerekdedek és a veseparenchimától jól elhatároltak voltak, mind a két ciszta sugáráteresztő.

A tumorgyanú miatt kontrasztanyag CT-vizsgálatot végeztünk amely igazolta a ciszták jelenlétét a jobb és bal vesében. A cisztákban kontrasztanyagot nem halmozó, folyadék állagú homogén tartalom ábrázolódott a kontrasztanyag adagolása után is.



1. ábra. A veseciszták ultrahangvizsgálata

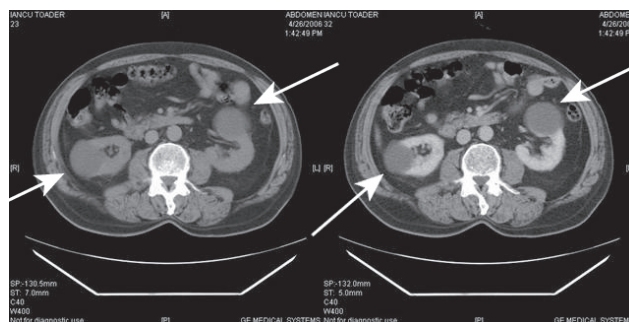


2. ábra. A veseciszták urográfiai képei

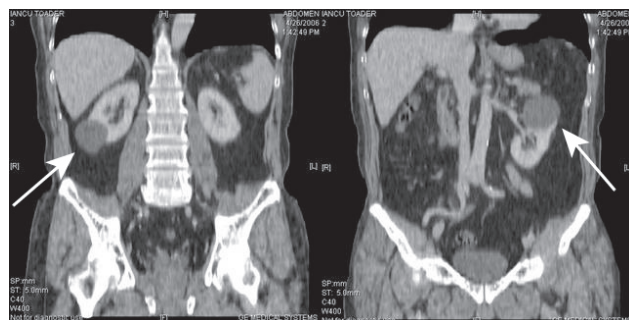
Mivel a beteg panaszmentes, az elvégzett vizsgálatok alapján az elváltozások malignus jellege kizárható volt, a kezelést nem tartottam indokoltnak hanem a páciensnek rendszeres ultrahangos és komputertomográfiai ellenőrzést javasoltam.

Megbeszélés

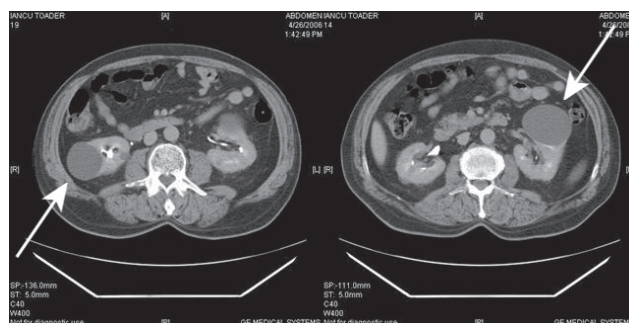
A szoliter veseciszta jellemzően egyoldali elváltozás, optimális kimutatását az ultrahang a CT, valamint ritka esetek-



3. ábra. A veseciszták egyszerű komputertomográfiai képei. Horizontális metszet



4. ábra. A veseciszták egyszerű komputertomográfiai képei. Transzverzális metszet



5. ábra. A veseciszták kontrasztanyagos komputertomográfiai képei. Horizontális metszet

ben az arteriográfia teszi lehetővé [1, 4, 7, 8, 9, 10, 11].

A gyakorlati jelentőségét ennek a kórképnek a ciszták által okozott kompressziós tünetek (sztázis, vesekő betegség, fájdalom, hematuria, magas vérnyomás) adják [2, 3, 10, 11].

A kezelés a komplikált esetekben sebészi eljárás, a ciszta eltávolítását célozza meg, nyílt vagy laparoszkópos úton, a ciszta tartalmának leszívása perkután punkció útján és citológiai vizsgálata [4, 5, 6, 7, 10, 11].

Alapvető a malignus kórfolyamatoktól való elkülönítés [10, 11, 12, 13, 14].

Az általunk bemutatott eset érdekessége a szoliter ciszta kétoldali előfordulása. Mind a két ciszta mérete nagy volt: 6-8 cm. A betegnek nem okoztak kifejezett panaszt, csak enyhe deréktáji fájdalma volt. Alapvető differenciáldiagnosztikai fontosságú volt a malignus folyamatnak a kizárása [1, 4, 10, 11, 14].

Az ultrahang- és CT-vizsgálatok eredményei megfelelő differenciáldiagnózist tettek lehetővé. Mivel a beteg panasz-

mentes volt, kezelést nem igényelt, csak rendszeres orvosi, CT és UH ellenőrzést javasoltam [1, 4, 10, 11].

Irodalom

1. Balogh F. - *Urologia. Cysta renis*. Medicina Könyvkiadó Budapest, 1986. 147-148.
2. Einstein D. M., Herts B. R., Weaver R. - *Evaluation of renal masses detected by excretory urography: cost-effectiveness of sonography versus CT*. AJR Am J Roentgenol. 1995 Feb; 164(2):371-375.
3. Fujii Y., Higashi Y., Owada F. - *Benign hemorrhagic renal cyst mimicking cystic renal cell carcinoma*. Hinyokika Kyo. 1993 Dec; 39(12): 1113-1117.
4. Geavlete P. (szerk.) - *Urologia Vol. II, Cap.VII, Chiste renale simple*. Editura Copertex, 1999, 915-917.
5. Giannopoulos A., Serafetinides E., Alamanis C. - *Urogenital lesions diagnosed incidentally during evaluation for blunt renal injuries*. Prog Urol. 1999 Jun; 9(3):464-469.
6. Kreft B., Schild H. H. - *Cystic renal lesions*. Rofo. 2003 Jul; 175(7): 892-903.
7. Okada T., Yoshida H., Matsunaga T. - *Nephron-sparing surgery for multilocular cyst of the kidney in a child*. J Pediatr Surg. 2003 Nov; 38(11): 1689-1692.
8. Peces R., Costero O. - *The spectrum of cystic kidney disease in adulthood: differential diagnosis and complications*. Nefrologia. 2003;23(3): 260-265.
9. Renouard O., Mazeman E., Locquet D. - *Multilocular cyst of the kidney. Characteristics of the imaging appearance*. J Radiol. 1985 Feb;66(2): 121-124.
10. Sinescu I. - *Urologie clinică*. Editura Medicală Amaltea, 1998, 88-89.
11. Sinescu I. - *Urologie. Curs pentru studenți*. Editura Universitară Carol Davila, București, 2005, 35-36.
12. Stepanov V. N., Perelman V. M., Teodorovich O.V. - *The role of ultrasonic study in the diagnosis of the multilocular kidney cyst*. Urol Nefrol (Moskva). 1994 Nov-Dec; (6): 20-24.
13. Yamamoto N., Maeda S., Takeuchi T. - *Cancer of the kidney mimicking renal multilocular cyst*. Prog Urol. 1992 Apr; 2(2): 258-262.
14. Yamashita Y., Watanabe O., Miyazaki T. - *Cystic renal cell carcinoma. Imaging findings with pathologic correlation*. Acta Radiol. 1994 Jan; 35(1): 19-24.