



ANTENATAL SAPTANAN BÖBREK KİSTİ SEBEBİYLE BAŞVURAN OLGU

Gökçen ERFİDAN¹

Rutin gebelik izleminde olan 31 yaşındaki kadın hasta (G3P2A1Y1), gebeliğin ikinci trimesterinde yapılan USG’de batında kistik yapılar görülmesi üzerine yakın izleme alındı. Üçüncü trimesterde ise batında en büyüğü 80x127 mm olarak raporlanan multipl kistik lezyonların görülmesi ve sağ böbreğin görüntülenememesi üzerine perinatoloji konseyinde değerlendirildi. Düzenli takipli bir gebelik geçirildiği, sigara, alkol, madde kullanımı, ilaç, radyasyon maruziyeti olmadığı öğrenildi. Eşi ile arasında akrabalık olmadığı belirtildi. Diğer çocuğu 3 yaşında ve sağlıklı idi.

Soru 1. Prenatal 36.GH’de olan ve amniyon sıvısının yeterli olduğu belirlenen kız fetüs için hangi ön tanılar düşünülmelidir?

Antenatal dönemde fetüsün değerlendirilmesinde en sık kullanılan görüntüleme yöntemi olan USG, yüksek çözünürlükte detaylı görüntüler verebilmesi sayesinde böbreğin ve üriner sistemin konjenital anomalilerinin antenatal dönemde daha yüksek oranda tanı alabilir hale gelmesine olanak vermiştir. Fetal üriner sistem değerlendirilirken böbreklerin sayısı, lokalizasyonu, ekojenitesi, büyüklüğü, kist varlığı ve yerleşimi, toplayıcı yapılarda dilatasyon varlığı ve mesanenin durumu açısından incelenmektedir. Fetal böbreklerin transabdominal USG ile 12.-15. GH’larda görülmesi beklenir.¹ Görülebilmesi halinde renal agenezi, atnalı böbrek, ektopik böbrek ihtimalleri araştırılmaktadır. Birinci trimesterde böbrekler hiperekojen iken, gebelik ilerledikçe böbrek ekojenitesinin gittikçe

¹ Uzm. Dr., SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, dr.gokcenerfidan@yahoo.com



Günümüzde güncel yaklaşıma göre multistikistik böbrek hastalığında nefrektomi endikasyonları; (i) yenidoğan döneminde solunum ve beslenme güçlüğü yaratan büyük kitle varlığı, (ii) takip USG’de solid komponenti olup büyüme eğilimi göstermesi, (iii) ciddi hipertansiyon gelişimi olarak sayılabilir. Cerrahi girişim için kontraendikasyon bulunan hastalarda ise büyük kistlerin aspire edilmesi veya skleroterapi uygulanması denenebilir. Ancak bu işlemlerin etkileri sınırlıdır.¹⁰

Kaynaklar

1. Ismaili K, Cassart M, Avni FE, Hall M. Antenatal Assessment of Kidney Morphology and Function. In: Geary DF, Schaefer F (ed). *Pediatric Kidney Disease (2nd Ed)*: Springer, 2016:50.
2. Avni FE, Garel C, Cassart M, D’Haene N, Hall M, Riccabona M. Imaging and classification of congenital cystic renal diseases. *AJR Am J Roentgenol.* 2012;198(5):1004-1013. doi:10.2214/AJR.11.8083.
3. Yulia A, Winyard P. Management of antenatally detected kidney malformations. *Early Hum Dev.* 2018;126:38-46. doi:10.1016/j.earlhumdev.2018.08.017
4. Faruque A, Narayanan S, Marley I, et al. Multicystic dysplastic kidney - treat each case on its merits. *J Pediatr Surg.* 2020;55(11):2497-2503. doi:10.1016/j.jpedsurg.2019.12.008
5. Walsh TJ, Hsieh S, Grady R, Mueller BA. Antenatal hydronephrosis and the risk of pyelonephritis hospitalization during the first year of life. *Urology* 2007;69:970-974. doi: 10.1016/j.urology.2007.01.062.
6. Nguyen HT, Herndon CD, Cooper C, et al. The Society for Fetal Urology consensus statement on the evaluation and management of antenatal hydronephrosis. *J Pediatr Urol.* 2010;6(3):212-231. doi:10.1016/j.jpuro.2010.02.205.
7. Nguyen HT, Benson CB, Bromley B et al. Multidisciplinary consensus on the classification of prenatal and postnatal urinary tract dilation (UTD classification system). *J Pediatr Urol.* 2014;10(6):982-98. doi: 10.1016/j.jpuro.2014.10.002..
8. Lee RS, Cendron M, Kinnamon DD, Nguyen HT. Antenatal hydronephrosis as a predictor of postnatal outcome: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2006;118(2):586-593. doi:10.1542/peds.2006-0120.
9. Erlich T, Lipsky AM, Braga LH. A meta-analysis of the incidence and fate of contralateral vesicoureteral reflux in unilateral multicystic dysplastic kidney. *J Pediatr Urol.* 2019;15(1):77. e1-77.e7. doi: 10.1016/j.jpuro.2018.10.023.
10. Pettit S, Chalmers D. Neonatal multicystic dysplastic kidney with mass effect: A systematic review. *J Pediatr Urol.* 2021;17(6):763-768. doi:10.1016/j.jpuro.2021.09.003.
11. Kara A, Gurgoze MK, Aydin M, Koc ZP. Clinical features of children with multicystic dysplastic kidney. *Pediatr Int.* 2018;60(8):750-754. doi:10.1111/ped.13612.
12. Fu F, Chen F, Li R, et al. Prenatal diagnosis of fetal multicystic dysplastic kidney via high-resolution whole-genome array. *Nephrol Dial Transplant.* 2016;31(10):1693-1698. doi:10.1093/ndt/gfv465.
13. van der Made CI, Hoorn EJ, de la Faille R, et al. Hypomagnesemia as First Clinical Manifestation of ADTKD-HNF1B: A Case Series and Literature Review. *Am J Nephrol.* 2015;42(1):85-90. doi:10.1159/000439286.
14. Mitchel MW, Moreno-De-Luca D, Myers SM, et al. 17q12 Recurrent Deletion Syndrome. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, et al., eds. *GeneReviews®*. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; December 8, 2016.



15. Cleper R, Reches A, Shapira D, et al. Improving renal phenotype and evolving extra-renal features of 17q12 deletion encompassing the HNF1B gene. *Transl Pediatr.* 2021;10(12):3130-3139. doi:10.21037/tp-21-386
16. Aslam M, Watson AR, Trent, and Anglia MCDK Study Group. Unilateral multicystic dysplastic kidney: Long term outcomes. *Arch Dis Child.* 2006;91:820-3. doi: 10.1136/adc.2006.095786.
17. Dogan CS, Torun-Bayram M, Aybar MD. Unilateral multicystic dysplastic kidney in children. *Turk J Pediatr.* 2014; 56:75-9.
18. Hayes WN, Watson AR, Trent & Anglia MCDK Study Group. Unilateral multicystic dysplastic kidney: does initial size matter? *Pediatr Nephrol* 2012;27:1335e40. doi: 10.1007/s00467-012-2141-9.
19. Narchi H. Risk of Wilms' tumour with multicystic kidney disease: A systematic review. *Arch Dis Child.* 2005;90:147-9. doi: 10.1136/adc.2004.051243.