

ADULT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINDA (APBH) HEMOSPERMİ NEDENİ OLAN VEZİKÜLOSEMİNALİS KİSTLERİ

SEMINAL VESICLE CYSTS CAUSING HEMOSPERMIA IN ADULT POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE (APKD)

YILMAZ E., BAŞAR M.M., TUĞLU D., BAŞAR H., BATİSLAM E.
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, KIRIKKALE

ABSTRACT

Patient-Method: A 42 year- old man with adult polycystic renal disease admitted to Urology out-patient with men hemospermia without any other symptoms.

Result: After detailed evaluation including transrectal ultrasonography (TRUS) and specific and non-specific cultures, multiple seminal vesicle cysts were detected. After treatment with anti-inflammatory and antibiotics, hemospermia was resolved and did not recurrence in 6 months follow up.

Key Words: Seminal vesicle cysts, adult polycystic kidney disease, hemospermia

ÖZET

Adult polikistik böbrek hastalığı ile takip edilen 42 yaşında erkek hasta hemospermi yakınması ile başvurdu.

Transrektal Ultrasonografi (TRUS) ve spesifik, non-spesifik kültürleri içeren detaylı değerlendirme sonrası hastada vezikülo seminalis kistleri dışında herhangi bir hemospermi nedeni saptanmadı. Anti-inflamatuvar ve antibiyotik tedavisi sonrası hastanın yakınmaları düzeldi ve 6 aylık takipte hemospermi tekrarlamadı.

Anahtar Kelimeler: Vezikülo seminalis kisti, adult polikistik böbrek hastalığı, hemospermi

GİRİŞ

Vezikülo seminalis kistleri doğumsal veya akkiz olabilir. Vezikülo seminalis kistleri ile birlikte renal agenezi, infertilite, hemospermi ve genitoüriner enfeksiyonların varlığı bildirilmiştir. Yetişkin tip polikistik böbrek hastalığı (APBH) olan bireylerde de vezikülo seminalis kistlerinin geliştiği belirtilmiştir¹.

OLGU SUNUMU

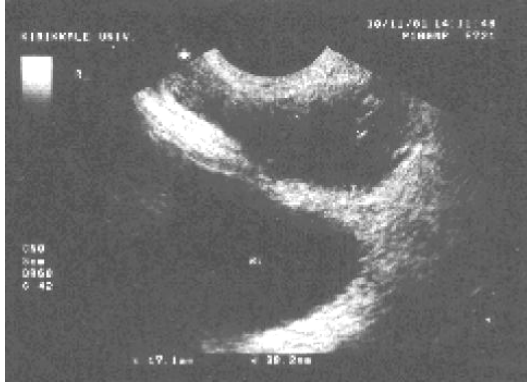
Yetişkin tip polikistik böbrek hastalığı (APBH) nedeni ile takip edilen 42 yaşındaki erkek hasta tekrarlayan hemospermi ile başvurdu. Hastanın miksiyon ve ejakülasyon yakınması yoktu. Hasta evli ve 2 çocuk sahibi idi. Yapılan fizik muayenede kan basıncı 125/80 mmHg, tüm sistemler normal olarak değerlendirildi. Rektal tuşede herhangi bir patoloji saptanmadı. Rutin serum biyokimya analizi ve tam kan değerlendirmesi normal idi. Sadece beyaz küre sayısı minimal yüksek bulundu (10800/mm³). Tam idrar, prostat masajı sıvısı incelemesi ve ejakülat tetkikinde patoloji saptanmadı. Chlamidya, mycoplasma ve ureplasma kültürlerinde üreme saptanmadı. Prostat spesifik antijen (PSA) seviyesi 0.97 ng/dl olarak ölçüldü. Yapılan abdominal ultraso-

nografide her iki böbrekte 1.1-3.2 cm çapında multiple kistler izlendi. Karaciğerde en büyüğü 2.4 cm çapında 2 adet kist saptandı. Mesane ve prostat normal olarak değerlendirildi. Yapılan transrektal ultrasonografide (TRUS) ise prostat ve her iki vezikülo seminalisde kistik oluşum saptandı (Resim 1). Hastaya 15 gün süre ile anti-inflamatuvar (Naprosken Sodyum 550 mg 3x1) ve antibiyotik (Siprofloksasin 500 mg 2x1) tedavisi başlandı. Uygulanan tedavi sonrası hastanın yakınmaları düzeldi. 6 aylık izlemde hemospermi tekrarlamadı.

TARTIŞMA

APBH böbrekte çok sayıda kistlerin oluşumuyla karakterize genetik bir hastalıktır¹. Bu vakalarda böbrek infantil tip polikistik böbrek hastalığında farklı olarak aynı zamanda karaciğer, pankreas, akciğer, uterus, tiroid, dalak ve özefagusda da kistler izlenir^{2,3}. Bu vakalarda diğer genitoüriner organ kistlerine nadir de olsa rastlanmaktadır ve en sık epididim, prostat ve overde görülmektedir^{4,5}. Ancak, bugüne kadar yapılan çalışmalarda, APKD ile vezikülo seminalis kistleri arasındaki net bir ilişki kurulamamıştır. Genelde unilateral vezikülo seminalis kistleri ipsila-

teral böbrek anomalileri ile beraber saptanmıştır. Fakat, çok az vakada APBH ve bilateral veziküla seminalis kistleri beraber görülmüştür. Bununla birlikte bazı serilerde vezikülo seminalis kistlerinin APBH olan bireylerde %60 oranında izlendiği belirtilse de bunun takip edilen vaka sayısının az olmasından kaynaklandığı araştırmacılar tarafından da ifade edilmektedir⁶. Tanısal yöntem olarak ise veziküle seminalis ve prostat kistlerin değerlendirilmesinde TRUS en kolay, minimal in-vazif ve ucuz yöntemdir⁷.



Resim 1. Her iki seminal vezikülde kistik görünüm

APBH'da böbrek kistlerin patogenezi hakkında bir çok teori ortaya atılmış ve bugün için kist sıvısında artan *Epidermal Growth Factor* (EGF) seviyesinin göstergesi olarak tübüler epitelin hiperplazisi kabul edilmektedir¹. Buna karşılık, diğer organ kistlerinin oluşumu hakkında net bir görüş olmamakla birlikte ekstrasellüler bağ doku matriksinde destekleyici proteinlerin birinde defektin olmasının neden olduğu düşünülmektedir^{1,6}.

Hemospermi genelde akut olarak ortaya çıkan ve ejakülatta taze kan lekeleri olması nedeni ile hastalarda ciddi endişeye yol açan bir olaydır. Hemospermi her yaşta görülebilir ve enflamasyon, prostat taşları, geçirilmiş ameliyat yada aletli girişim, benin veya malin tümörler, duktus obstrüksiyonu, avasküler anomaliler, sistemik hastalıklar veya ilaçlar gibi olaylar neticesinde ortaya çıkabilir^{8,9}.

Veziküla seminalis kistleri ve APBH olan hastalarda en önemli semptom total veya parsiyel obstrüksiyona bağlı görülen düşük ejakülat volumü ve infertilitedir¹⁰. Bugüne kadar literatürde hemospermi ile başvuran sadece 1 vaka belirtil-

miştir¹¹. APBH'da hemosperminin nedeni konusunda net bir bilgi yoktur.

Sonuç olarak, APBH olan bireylerde bilateral veziküla seminalis kistleri olabileceği düşünülmeli ve bu nedenle bu vakaların değerlendirilmesinde TRUS mutlaka yapılmalıdır. Ayrıca, infertilite, ejakülat azlığı veya hemospermi gibi genital sisteme yönelik yakınmalar ile başvuran hastalarda anamnezde ailede APBH varlığı mutlaka sorgulanmalı ve bu vakalarda tüm üriner sistemin detaylı değerlendirilmesi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- **Glassberg KI:** Renal dysplasia and cystic disease of the kidney. Campbell's Urology (Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED, ed.) 7th edition. Philadelphia, Saunders. Vol 2, 1757-1813, 1998.
- 2- **Gabow PA, Grantham JJ:** Polycystic kidney disease; in: Schrier RW, Gottschalk CW (eds): Disease of the Kidney. 535-570, 1993.
- 3- **Chauveau D, Pirson Y, Le Moine A, et al:** External manifestations in autosomal dominant polycystic kidney disease. Adv Nephrol. 26: 265-289, 1997.
- 4- **Stamm E, Townstend R, Garg G, et al:** The frequency of ovarian cyst in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD). J Am Soc Nephrol. 8: 381A, 1997.
- 5- **Alpren MB, Dorfman RE, Gross BH, et al:** Seminal vesicle cysts: Association with adult polycystic kidney disease. Radiology. 180:79-80, 1991.
- 6- **Belet U, Danacı M, Sarıkaya Ş, et al:** Prevalence of epididymal, seminal vesicle, prostate and testicular cysts, in autosomal dominant polycystic kidney disease. Urology. 60: 138-141, 2002.
- 7- **Keenan JF, Rifkin MD:** Ultrasonographic diagnosis of seminal vesicle cysts in polycystic kidney disease. J Ultrasound Med. 15: 343-344, 1996.
- 8- **Yu HHY, Wong KK, Lim TK et al:** Clinical study of hemospermia. Urology 10: 562, 1977.
- 9- **Mulhall JP, Albertson PC:** Hemospermia: Diagnosis and management. Urology 46: 463-467, 1995.
- 10- **Van der Linden EFH, Bartelink AKM, Ike BW, et al:** polycystic kidney disease and infertility. Fertil Steril. 64: 202-203, 1995. Vol. 163: 1243-1244., 2000.
- 11- **Danacı M, Akpolat T, Baştemir, et al:** The prevalence of seminal vesicle cysts in autosomal dominant polycystic kidney disease. Nephrol Dial Transplant. 13: 2825-2828, 1998.