

SEMİNAL VEZİKÜL KİSTİ, KİSTE AÇILAN EKTOPIK ÜRETER VE AYNI TARAFTA BÖBREK AGENEZİSİ

SEMİNAL VESICLE CYST, ECTOPIC URETER OPENING INTO THE CYST AND IPSILATERAL RENAL AGENESIS

Ferhat KILINÇ*, Sezgin GÜVEL*, Tulga EĞİLMEZ*, Levent OĞUZKURT**, Hakan ÖZKARDEŞ***

* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Üroloji Anabilim Dalı, ADANA

** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Radyoloji Anabilim Dalı, ADANA

*** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, ANKARA

ABSTRACT

The seminal vesicle cyst with associated congenital urogenital anomalies is rare cases. Here we report a case of seminal vesicle cyst associated with an ectopic ureter opening into the cyst and ipsilateral renal agenesis causing obstructive urinary symptoms.

Key words: Seminal vesicle, cyst, renal agenesis

ÖZET

Seminal vezikül kistine eşlik eden doğumsal ürogenital anomaliler ender görülen olgulardır. Burada obstrüktif üriner semptomlara neden olan seminal vezikül kisti ve buna eşlik eden kiste açılan ektopik üreter ile ipsilateral renal agenezi olgusu bildirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Seminal vezikül, kist, renal agenezi

GİRİŞ

Seminal vezikül kisti ve ipsilateral renal agenezi oldukça ender görülen bir doğumsal anomalidir. Bu malformasyona ek olarak seminal veziküle açılan ektopik üreter varlığı çok daha az görülmektedir. Bir olgu nedeni ile tanı ve tedavi özellikleri gözden geçirilmiştir.

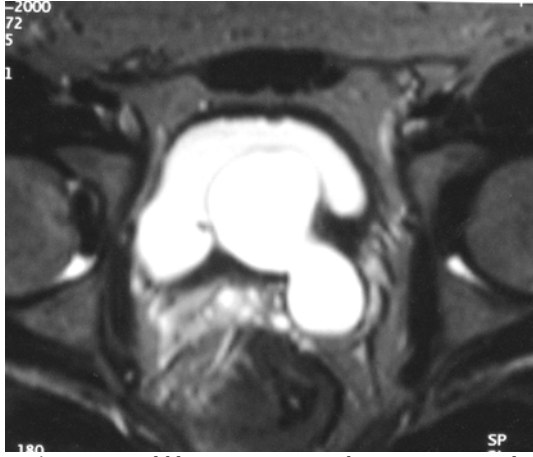
OLGU

On yedi yaşında erkek hasta son iki aydır mevcut olan suprapubik ağrı ve idrar yaparken zorlanma yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayene de özellik saptanmadı. İdrar tetkiki, idrar kültürü ve kan tetkikleri normaldi. Ultrasonografide sol böbrek görülemedi ve retrovezikal bölgede kistik bir kitle saptandı. Bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları sol böbrek agenezisi ve seminal vezikül kisti ile uyumlu idi. Manyetik rezonans görüntüleme de T2 ağırlıklı kesitlerde mesane posteriyöründen mesaneyi öne doğru iten sol seminal vezikülden kaynaklanan kistik kitle saptandı (Resim 1). Üroflovetride maksimum akım hızı 10 mL/s, ortalama akım hızı 7.4 mL/s idi ve rezidüel idrar yoktu. Sistoskopide mesane sol yan duvar ve alt duvarda dışarıdan bası yapan kitle izlenimi veren görünüm vardı ve kitle mesane boynunu da öne doğru iterek mesane çıkım obstrüksiyonu oluşturuyordu. Sol hemitrigon ve sol üreter orifisi gözlenmedi. Sunulan tedavi al-

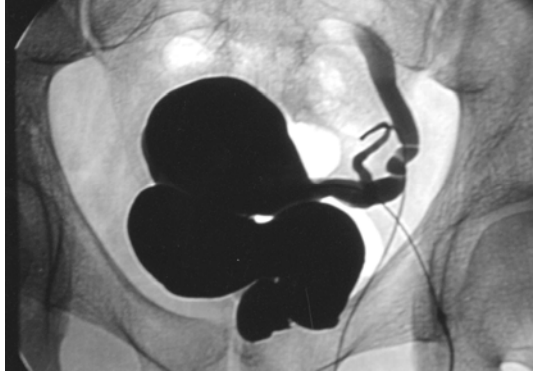
ternatifleri arasında hasta ilk olarak kist drenajı yapılmasını tercih etti. Suprapubik perkütan yolla kistik kitleye kateter yerleştirilerek yapılan kistografide lobüle konturlu geniş kistik kitle ve bu kistik kitleden çıkan üreter saptandı. Opak maddenin duktus deferense de geçtiği gözlemlendi (Resim 2). Drenajın kesilmesi ve ultrasonografide kistik kitlenin kaybolması üzerine üç gün sonra kateter çıkarıldı ve hastanın yakınmaları kayboldu. Yaklaşık 15 gün sonra hastanın yakınmalarının yinelenmesi üzerine yapılan ultrasonografide kistin tekrar önceki boyutlarına ulaştığı saptandı. Bunun üzerine açık cerrahi planlandı. Sol Gibson insizyon ile girilerek transvezikal ve ekstravezikal yaklaşımla seminal vezikül kisti ve ektopik üreter çıkarıldı. Ameliyat sonrası 5'inci günde üretral kateter alındı ve hasta taburcu edildi. Ameliyat sonrası üçüncü ayda yapılan kontrolde semptomlar ortadan kalkmış ve üroflovetrik bulgular düzelmişti. Kontrol BT'de kistik kitle yoktu ve sol seminal vezikül normal olarak gözlemlendi. Hastanın izlemi 24 aydan uzun süredir sorunsuz olarak devam etmektedir.

TARTIŞMA

Üreter ve böbreğin oluşumu mezonefrik kanaldan çıkan üreter tomurcuğu ile başlamaktadır. Seminal veziküller de mezonefrik kanaldan gelişmektedir. Seminal vezikül anomalileri genel-



Resim 1. T2 ağırlıklı transvers manyetik rezonans görüntüleme kesiti. Mesane posteriyorundan mesaneyi öne doğru iten bilobüle sol seminal vezikül kisti.



Resim 2. Kistografi. Lobüle konturlu geniş kistik kitle ve bu kistik kitleden çıkan üreter ve vaz deferens görülüyor.

likle, mezonefrik kanaldan gelişen üreter ve dolayısıyla böbrek ve vaz deferens gibi diğer yapıların anomalileri ile birlikte görülmektedir. Seminal vezikül kisti ve ipsilateral renal agenezi de bu birlikteliklerden biridir ve ilk kez 1914 yılında Zinner tarafından tanımlanmıştır. Günümüze kadar yaklaşık 100 olgu bildirilmiştir¹. Bu anomaliye ek olarak seminal veziküle açılan ve kör sonlanan üreter varlığı ise ilk kez 1987 yılında Zantoz ve Kass tarafından tanımlanmıştır ve literatürde oldukça sınırlı sayıda yer almaktadır².

Seminal vezikül kistleri genellikle asemptomatiktir. Semptomlar, genişlemiş seminal vezikül kistinin komşu organlara basısına veya irritasyonuna bağlı olarak gelişir. Genellikle 5 santimetrenin üzerindeki kistler semptomatiktir ve tedavi gerektirir³. Mesaneye olan komşuluğu nede-

ni ile obstrüktif ve irritatif işeme semptomları ve hematüri ortaya çıkar. Kistin büyüklüğüne bağlı olarak perineal veya suprapubik ağrı, hipogastrik ağrı ve defekasyon sorunları görülebilir. Spermatik kanal obstrüksiyonu da hemospermi, postkoital ağrı, epididimit ve infertiliteye neden olabilir. En sık görülen belirtiler irritatif işeme semptomları, postkoital ağrı ve epididimittir³. Laboratuvar incelemeleri genellikle normaldir. Semen kültürü veya prostatik masaj sonrası elde edilen akıntının kültüründe enfeksiyon saptanabilir. Kronik inflamasyon sperm parametrelerini olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olabilmektedir⁴.

Tanımda bazı olgularda parmakla rektal incelemede prostat lateralinde elastik kitle saptanabilir. Abdominal veya transrektal ultrasonografi ile retrovezikal yerleşimli, ekstraprostatik kistik kitle belirlenebilmektedir⁵. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme, seminal vezikül kistinin ayırıcı tanısı ve eşlik eden diğer anomalilerin saptanması için daha detaylı bilgi vermektedir⁶. Seminal vezikülografi de seçilmiş olgularda, ayırıcı tanıda yer alan Wolff veya Müller kanalı kistleri, ejakülatör kanal divertikülü, prostatik kistler, Douglas absesi, mesane leiomyomu ve liposarkomu veya üreterosel gibi başka patolojilerin ekarte edilmesini sağlayabilmektedir⁷. Burada sunulan olguda olduğu gibi ektopik üreter varlığı ve bunun sistemle ilişkisini saptamada da yol gösterici olabilir. Diğer taraftan bu işlemin yüksek enfeksiyon riski taşıdığını akıldan çıkarmamak gerekir. Son olarak sistoskopiye ipsilateral hemitrigonun olmaması ve kistin yaptığı ekstrasik bası görülebilir.

Asemptomatik olgularda genellikle tedaviye gereksinim yoktur. Fakat bu olgularda fertilité sorunları dikkatle sorgulanmalı, gerekiyorsa tetkik ve tedavisi yapılmalıdır. Semptomatik olgularda değişik tedavi şekilleri bildirilmiştir. Transrektal veya transperineal kist drenajı hem enfeksiyon riskinin yüksekliği hem sık rekürrens nedeniyle tercih edilmemektedir³. Burada sunulan hasta tedavi alternatifleri arasından ilk olarak perkütan kist drenajını tercih etmiştir. Enfeksiyon riskini azaltmak ve drenajı takip etmek amacıyla kist aspirasyonu transabdominal olarak uygulanmış ve drenaj kateteri drenaj kesilinceye kadar yerinde bırakılmıştır. Ancak enfeksiyon gözlenmemesine karşın çok kısa sürede nüks

oluşturmuştur. Yine literatürde transüretral olarak intravezikal kist ön duvarının rezeksiyonu/insizyonu bildirilmiştir⁸. Bu girişimler de sistemin idrar ile kontaminasyonu sonucu potansiyel enfeksiyon ve sperm parametrelerinde bozulma riski taşımaktadır. Klasik tedavi transvezikal, transperitoneal veya retroperitoneal yolla kist ve ektopik üreter, displastik böbrek gibi eşlik eden patolojilerin çıkarılmasıdır. Son yıllarda ürolojide laparoskopinin yaygın kullanımına paralel olarak laparoskopik kist eksizyonu da tedavi alternatifleri arasındaki yerini almıştır^{9,10}.

Sonuç olarak sık tekrarlayan üriner enfeksiyon, prostatit, epididimit, işeme sorunları, suprapubik veya perineal ağrı, postkoital ağrı, hemospermi gibi semptomları olan genç erkek hastalarda, ender görülmekle birlikte seminal vezikül patolojileri de düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- **Ogreid P, Hatteland K:** Cyst of seminal vesicle associated with ipsilateral renal agenesis. *Scand J Urol Nephrol.* 13: 113-116, 1979.
- 2- **Zaontz MR, Kass EJ:** Ectopic ureter opening into seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis. *Urology.* 29: 523-525, 1987.
- 3- **Van den Ouden D, Blom JH, Bangma C, de Spiegeleer AH:** Diagnosis and management of seminal vesicle cysts associated with ipsilateral agenesis. A pooled analysis of 52 cases. *Eur Urol.* 33: 433-440, 1998.
- 4- **Roehrborn CG, Schneider HJ, Rugendorff EW, Hamann W:** Embryological and diagnostic aspects of seminal vesicle cysts associated with upper urinary tract malformation. *J Urol.* 135: 1029-1032, 1986.
- 5- **Bon D, Marroncle M, Azais O, et al:** Ectopic ureteral orifice into seminal duct with homolateral renal agenesis: Contribution of ultrasonography. *Prog Urol.* 3: 469-473, 1993.
- 6- **Murphy JO, Power RE, Akhtar M, et al:** Magnetic resonance imaging in the diagnosis of seminal vesicle cysts and associated anomalies. *J Urol.* 170: 2386, 2003.
- 7- **Dahms SE, Hohenfellner M, Linn JF:** Retrovesical mass in men: Pitfalls of differential diagnosis. *J Urol.* 161: 1244-1248, 1999.
- 8- **Gonzales CM, Dalton DP:** Endoscopic incision of a seminal vesicle cyst. *Urology.* 5:831-832, 1998.
- 9- **Ikari O, Castilho LN, Lucena R:** Laparoscopic excision of seminal vesicle cysts. *J Urol.* 162: 498-499, 1999.
- 10- **Cherullo EE, Meraney AM, Bernstein LH, et al:** Laparoscopic management of congenital seminal vesicle cysts associated with ipsilateral renal agenesis. *J Urol.* 167: 1263-1267, 2002.