

İleri yaştaki bir olguda alışılmadık bir prostatizm nedeni: Seminal vezikül kisti

An unusual cause of prostatism in an aged patient: seminal vesicle cyst

Banu Alıçioğlu,¹ Mustafa Kaplan, Tevfik Aktoz

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Radyoloji Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı, Edirne

Özet

Seminal vezikül kistleri seyrek ve nadiren semptom verir. Genellikle cinsel aktivitenin arttığı genç yaşlarda ortaya çıkar. Altmış iki yaşında, prostatizm semptomları ile başvuran bir hastada transrektal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile sağ seminal vezikülde kalın ve düzensiz duvarlı kistik kitle saptandı. Kist içeriği transrektal olarak aspire edildi. Patolojik incelemede kitlenin benign olduğu belirlendi. Üçüncü ay kontrolünde hastanın semptomlarının gerilediği görüldü. İleri yaştaki olgularda prostatizm kliniği ayırıcı tanısında seminal vezikül kisti de düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Kist/tanı; manyetik rezonans görüntüleme; prostatizm; seminal vezikül/patoloji.

Summary

Seminal vesicle cysts are uncommon and rarely symptomatic. They are generally seen at younger ages in parallel with increased sexual activity. A 62-year-old patient presented with prostatism symptoms. Transrectal ultrasonography and computed tomography showed a cystic mass with a thick and irregular wall in the right seminal vesicle. The cyst was aspirated via the transrectal approach and the histopathologic diagnosis was benign. The patient's symptoms improved within a three-month follow-up. Seminal vesicle cyst should be considered in the differential diagnosis of prostatism symptoms in aged patients.

Key words: Cysts/diagnosis; magnetic resonance imaging; prostatism; seminal vesicles/pathology.

Geliş tarihi (Submitted): 08.05.2008 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision): 18.09.2008

Seminal vezikül kistleri seyrek ve nadiren semptom verir. Genellikle cinsel aktivitenin arttığı genç yaşlarda kitle etkisi ile obstrüktif semptomlara yol açar.^[1-4]

Bu yazıda prostatizm semptomları ile başvuran 62 yaşındaki bir hastada saptanan seminal vezikül kisti sunuldu.

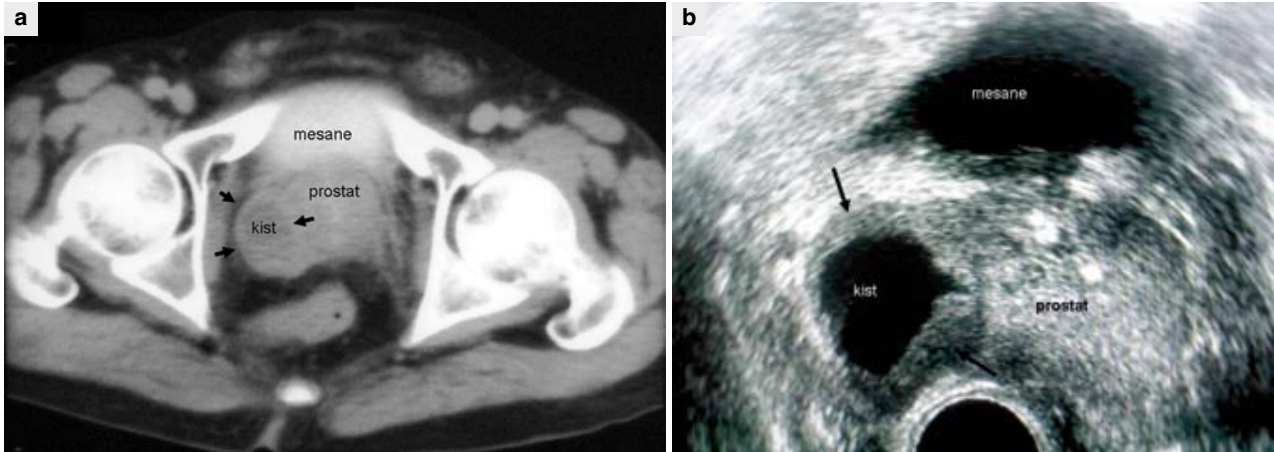
Olgu sunumu

Evli ve üç çocuğu olan 62 yaşında erkek hasta kliniğimize sevk edildi. Hasta ilk olarak, yaklaşık iki aydır giderek artan sağ kasık ağrısı ve prostatizm semptomları ile başka bir merkeze başvurmuş ve pelvik ultrasonografide prostat bezi kaynaklı olduğundan şüphelenilen hipoeoik oluşum izlenmesi üzerine bilgisayarlı tomografi (BT) ile incelenmişti. Bu incelemede, sınırları prostat bezi ve seminal vezikülden ayırt edilemeyen, ancak diğer kesimlerinde iyi sınırlı, kalın cidarlı hipodens oluşum saptanmıştı. Kitlede belirgin kontrastlanma yoktu ve çevre yağ planları da normaldi (Şekil 1a).

Kliniğimize başvurusunda hastanın ejakülasyonunun olduğu ve miktarında bir azalma olmadığı öğrenildi; PSA değeri normal sınırlarda idi. Transrektal ultrasonografide prostat bezi 35 gr bulundu, sağ tarafta prostat bezi ile seminal vezikül arasında kalın ve düzensiz duvarlı 4 cm'lik kistik kitleye rastlandı (Şekil 1b). Hastanın semptomatik olması nedeniyle kist içeriğinin aspire edilmesine karar verildi. Kist sıvısının mikrobiyolojik incelemesinde seyrek lökosit saptandı, bakteri görülmedi, kültürde de üreme olmadı. Histopatolojik inceleme sonucu, nekrotik proteinöz materyal ve seyrek histiyosit ile benign epitelyal hücreler olarak bildirildi. Kist içeriğinde spermatozoa saptanmadı. Girişimden sonra komplikasyon gelişmedi. Üçüncü ay kontrolünde hastanın semptomlarının gerilediği görüldü.

Tartışma

Hastanın ileri yaşta olması ve eşlik eden üriner sistem anomalisi bulunmamasından dolayı, kist edinisel tip seminal vezikül kisti olarak değerlendirilmiştir. Prostatizm semptomları ile başvurduğundan, sorunun

**Şekil 1**

(a) Bilgisayarlı tomografi kesitinde retrovezikal alanda sağ tarafta, prostat bezi ve seminal vezikül lateralinde, merkezi hipodens kitle (oklar). (b) Transrektal ultrasonografide, sağ tarafta prostat bezi ile seminal vezikül arasında 4 cm'lik kalın ve düzensiz duvarlı, pür anekoik kistik kitle (oklar).

ilk olarak benign prostatik hiperplazi olabileceği akla gelmiştir. Yapılan radyolojik tetkikler seminal vezikül veya prostat kaynaklı bir kist varlığını göstermiştir. Kistin kalın duvarlı olması öncelikle apseyi düşündürmekle birlikte, hastada buna yönelik klinik bulgular (şiddetli ağrı, ateş, beyaz küre ve sedimantasyon yüksekliği, vb.) yoktu. Prostatik hiperplazinin kistik dejenerasyonu ise, tipik olarak tranzisyonel zondadır ve bir nodül içerisinde gelişir. Prostat bezinin retansiyon kistleri de prostatik glandüler duktusların tıkanması sonucu, asinilerde dilatasyon sonucu meydana gelirler. Spermatozoa içermezler. Çapları 1-2 cm'den küçük, düzgün duvarlı, orta hat yerleşimlidir. Prostat bezinin herhangi bir zonundan gelişebilirler.^[4,5] Bunların dışında erkekte kistik pelvik kitlelerin ayırıcı tanısı Müllerian duktus kistleri (prostatik utrikül) ve Wolffian duktus kistlerini (seminal vezikül, vaz deferens veya ejakülatuar duktus kistleri) içermektedir.^[1,3] Müllerian duktus kistleri her zaman orta hattadır. Seminal vezikül kistleri lateralizedir ve ejakülatuar duktuslar sağlamdır. Seminal vezikül kisti mesane duvarına bası yaptığı durumlarda üreteroselden ayırt edilmelidir. Kist hidatik de son derece seyrek olmakla birlikte, ülkemiz için endemik bir hastalık olduğundan akılda tutulması gerekir. Nitekim literatürde yayımlanmış seminal vezikül kist hidatigi olgularının çoğunluğu, diğer kist hidatik olgularında da olduğu gibi ülkemize aittir.^[6-12] Bunlar da çoğunlukla diğer organ hidatik kistleriyle birlikte görülür; izole olarak bulunması nadirdir.^[9] Olgumuzda aracı konaklarla temas olmaması, batin ultrasonografisi ve BT incelemelerinde özellikle karaciğerde kist görülmemesi nedeniyle öncelikle hidatik kist düşünmedik. Seminal vezikülün diğer kitleleri genellikle benign özelliktedir; bunlar arasında adenom, kistadenom ve

leiomyomlar sayılabilir.^[1,8,13] Olgumuzda kistin kalın ve düzensiz duvar yapısı, nadir de olsa malignite olasılığını akla getirmişse de, histopatolojik inceleme kitlenin benign özellikte olduğunu göstermiştir.

Nadir görülen seminal vezikül kistleri doğuştan veya edinsel olabilir. Doğuştan olanları, embriyogenez aşamasında üreter tomurcuğu ile mezonefrik kanalın yakın komşulukta olmasından dolayı, ipsilateral renal agenezi, üreter ektopisi ve ipsilateral testis yokluğu veya hemivertebral gibi malformasyonlar ile birlikte görülür. Kistler genellikle berrak sıvı içerirler ve küboidal veya yassı epitel ve fibröz bir kapsül ile çevrilidir.^[1,14,15] Edinsel olanlar ise sıklıkla ejakülatuar duktus veya seminal vezikül enflamasyonu veya prostatit, seminal vezikülit, prostat cerrahisi gibi nedenlerle meydana gelen obstrüksiyon sonucu ortaya çıkar. Yuvarlak ve oval formda veya daha seyrek olarak tübüler ve multiloküler şekilde olabilirler.^[2,3,16,17]

Her iki tip de sıklıkla asemptomatik seyreder ve rastlantısal olarak saptanır. Beş santimetreden büyük kistler genelde semptomatiktir. Klinik olarak cinsel ve üreme aktivitelerinin en fazla olduğu 20-30'lu yaşlarda belirgin hale gelebilirler. Bu durumun, seminal veziküllerde seminal sıvı birikiminin oluşturduğu kistik distansiyona bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.^[1-3] Dev kistler mesanede iritasyon ve obstrüksiyona yol açarak idrar yapmada zorluk şikayetine yol açarlar. En sık semptomlar, abdominal, perineal ve pelvik ağrı, ejakülasyon sırasında ağrı, dizüri, sık idrara çıkma, üriner enfeksiyonlar, hematüri ve epididimit ve prostatit bulgularıdır. İnfertilite, hemospermi, enürezis şeklinde ortaya çıkan olgular vardır.^[16,17] Daha da büyük boyutlara ulaşan kistler

rektal obstrüksiyona yol açarak tenesmus, konstipasyon olarak da bulgu verebilir.^[13,14,16,17]

Tanı esas olarak radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konur. Ultrasonografi her zaman ilk tercih olmalıdır; iyonize radyasyon içermez ve kist içeriği, duvar yapısı ile prostat bezi parenkimi konusunda da bilgi verir. Uygulayıcıya bağımlı olması dezavantajdır.^[1]

Eşlik edebilecek genitoüriner anomalilerin araştırılması için intravenöz piyelografi (İVP), seminal vezikülografi, BT ve manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) de başvurulabilir. Bunların ilk üçü iyonize radyasyon içermektedir. Seminal vezikülografi seminal veziküllerdeki deformasyon ve kontrast maddenin mevcut olabilecek bir ektopik üretere reflüsünü göstermekle birlikte, teknik olarak zor, girişimsel ve travmatik bir yöntemdir. İntravenöz piyelografi, renal ve toplayıcı sistem anomalilerini ve kistin mesaneye yaptığı basıyı gösterebilir. Ancak, hipoplastik veya displastik böbrek anomalisinin izlenmesi zor olabilir. Seminal vezikül kisti BT'de, retroveziküler alanda, seminal vezikülden kaynaklanan su veya suya yakın yoğunlukta, iyi sınırlı kitle şeklinde görülür. Kistik pelvik kitle ve olgumuzdaki gibi ipsilateral seminal vezikülden büyüme ile birlikte kalın ve düzensiz duvarlı kitle gibi daha atipik görünüm de olabilir.^[2] Ektopik ureterin açılımı gibi anomalilerin de BT ile gösterilebilmesi ancak ince kesitler alınması ile mümkündür; fakat bu durum yüksek radyasyon nedeniyle tercih edilmez.

Manyetik rezonans görüntüleme, iyonize radyasyon içermemesi, multiplanar görüntüleme sağladığı için kist içeriğinin değerlendirilebilmesi ve eşlik edebilecek üriner sistem anomalilerinin saptanabilmesi nedeniyle uygun bir görüntüleme yöntemidir. Ayrıca, anatomik ilişkileri daha güvenilir olarak gösterdiğinden, cerrahi planlama yapmayı da kolaylaştırır. Ultrasonografi ile değerlendirilmesi güç olan ipsilateral displastik böbrekteki küçük kistik dilatasyonlar MRG ile daha güvenilir olarak gösterilebilir. Kistin sinyal özelliğindeki değişiklikler, kist içerisinde spermatozoa varlığını, kanama veya yüksek protein konsantrasyonu olduğunu düşündürür. Gadolinium ile kontrast verilmesi sonucu kistlerin boyanması malignite olasılığını düşündürür.^[1,2]

Sonuç olarak, seminal vezikül kistleri seyrek görülür ve nadiren semptomatiktir ve semptomatik kistler eksize edilmelidir. Prostatizm ile başvuran olgularda ayırıcı tanıda seminal vezikül kistleri de düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Chen HW, Huang SC, Li YW, Chen SJ, Sheih CP. Magnetic resonance imaging of seminal vesicle cyst associated with ipsilateral urinary anomalies. J Formos Med Assoc 2006;105:125-31.
2. Livingston L, Larsen CR. Seminal vesicle cyst with ipsilateral renal agenesis. AJR Am J Roentgenol 2000; 175:177-80.
3. Arora SS, Breiman RS, Webb EM, Westphalen AC, Yeh BM, Coakley FV. CT and MRI of congenital anomalies of the seminal vesicles. AJR Am J Roentgenol 2007;189:130-5.
4. Nghiem HT, Kellman GM, Sandberg SA, Craig BM. Cystic lesions of the prostate. Radiographics 1990; 10:635-50.
5. Kenney PJ, Leeson MD. Congenital anomalies of the seminal vesicles: spectrum of computed tomographic findings. Radiology 1983;149:247-51.
6. Paşaoğlu E, Damgacı L, Tokoğlu F, Boyacıgil S, Yüksel E. Hydatid cysts of the kidney, seminal vesicle and gluteus muscle. Australas Radiol 1997;41:297-9.
7. Emir L, Karabulut A, Balci U, Germiyanoglu C, Erol D. An unusual cause of urinary retention: a primary retrovesical echinococcal cyst. Urology 2000; 56:856.
8. Sağlam M, Taşar M, Bulakbaşı N, Tayfun C, Somuncu I. TRUS, CT and MRI findings of hydatid disease of seminal vesicles. Eur Radiol 1998;8:933-5.
9. Papathanasiou A, Voulgaris S, Salpiggidis G, Charalabous S, Fatles G, Rombis V. Hydatid cyst of the seminal vesicle. Int J Urol 2006;13:308-10.
10. Tuygun C, Bakırtaş H, İmamoğlu MA, Sertçelik N, Zengin K, Bozkurt IH. The unusual mass of retrovesical space: a secondary hydatid cyst disease. ScientificWorldJournal 2006;6:2481-5.
11. Safioleas M, Stamatakis M, Zervas A, Agapitos E. Hydatid disease of the seminal vesicle: a rare presentation of hydatid cyst. Int Urol Nephrol 2006;38:287-9.
12. Özer T, Gündoğdu S, Özer Y, Mahmutyazıcıoğlu K, Savranlar A, Özdemir H. Echinococcosis involving the liver, retrovesical and seminal vesicle presented with syncope. Int J Urol 2004;11:922-4.
13. Razi A, Imani B. Seminal vesicle cyst presenting with lower urinary tract symptoms and huge abdominal mass. J Urol 2000;164:1309-10.
14. Conn IG, Peeling WB, Clements R. Complete resolution of a large seminal vesicle cyst-evidence for an obstructive aetiology. Br J Urol 1992;69:636-9.
15. Phillis TM Jr, Teague JL. Seminal vesicle cyst in a child with a contralateral upper urinary tract abnormality. BJU Int 1999;83:359-60.
16. Altunrende F, Kim ED, Klein FA, Waters WB. Seminal vesicle cyst presenting as rectal obstruction. Urology 2004;63:584-5.
17. Ateş Y, Kilciler G, Bedir S, Aslan M, Kilciler M, Tüzün A, et al. Large vesicula seminalis cyst: a very rare cause of constipation and male infertility. Kaohsiung J Med Sci 2007;23:318-20.

Yazışma (Correspondence): Dr. Banu Alicioğlu. Fatih Mahallesi, 4. Cad., 43. Sok., Ziraatlılar Sitesi, B Blok, No: 8, 22030 Edirne.
Tel: 0284 - 235 76 41 / 1058 e-posta: banualicioglu@trakya.edu.tr