

OLGU SUNUMU**KARIN AğRISI İLE BAŞVURAN
SEMİNAL VEZİKÜL KİSTİ VE
RENAL AGENEZİ OLGUSU****SEMİNAL VESICLE CYST AND RENAL AGENESIA CASE
WITH ABDOMINAL PAIN****Hakan TÜRK
Sıtkı ÜN
Cemal Selçuk İŞOğLU
Özgür ÇAKMAK
Hüseyin TARHAN
Ferruh ZORLU****ÖZET**

Konjenital seminal vezikül kistleri(SVK) nadir ve çoğunlukla aynı taraftaki renal agenezi ile birliktelik gösterir(1). Eğer beraberinde ejakulatör kanal obstrüksiyonu varsa “Zinner Sendromu” olarak bilinir. SVK çoğunlukla semptom vermez veya nonspesifik semptom verdiğinden dolayı tanı gecikebilir. Görüntüleme yöntemlerinin sık kullanıldığı günümüzde başka nedenlerle yapılan tetkikler sonucu rastlantısal olarak tanı konulmaktadır. Bu çalışmamızda 45 yaşında karın ağrısı şikayeti ile gelen bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Renal Agenezi, Seminal Vezikül Kisti

SUMMARY

Congenital seminal vesicle cysts(CSC) are so rare and mostly seen with the ipsilateral renal agenesis. Seminal vesicle cysts can be congenital or acquired.Because of the mass and pressure formed by the fluid fills the seminal vesicle, it can cause voiding symptoms, constipation, palpable mass in the abdomen, prostatitis, or pain. ‘Aspiration with TRUS, percutaneous aspiration, the transurethral resection of ejaculuar ducts, excision of the cysts’ are the treatment options. In this report we will represent a left sided seminal vesicle cyst and ipsilateral renal agenesis case who suffers from abdominal pain

Key words: Renal Agnesia, Seminal Vesicle Cysts

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

(Op. Dr. F. Zorlu, Eğitim ve İdari Sorumlu, Op. Dr. H. Tarhan, Başasistan, Op. Dr. Ö. Çakmak, Başasistan,
Dr. H. Türk, Dr.C. S. İšođlu)

Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Kliniği, İzmir

(Op. Dr. S. Ün)

Yazışma: Dr. Hakan Türk

GİRİŞ

Konjenital seminal vezikül kistleri (SVK) nadir ve çoğunlukla aynı taraftaki böbrek yokluğu ile birliktelik gösterir (1). Eğer beraberinde ejakülatör kanal obstrüksiyonu varsa “Zinner Sendromu” olarak bilinir. SVK çoğunlukla semptom vermez veya nonspesifik semptom verdiğinden dolayı tanı gecikebilir. Görüntüleme yöntemlerinin sık kullanıldığı günümüzde başka nedenlerle yapılan tetkikler sonucu rastlantısal olarak tanı konulmaktadır. Bu çalışmamızda 45 yaşında karın ağrısı şikayeti ile gelen bir olguyu sunuyoruz.

OLGU

45 yaşında erkek hasta, 2 çocuk sahibi, zaman zaman kasıklara vuran karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın fizik muayenesi normal. Karın ultrasonografi-

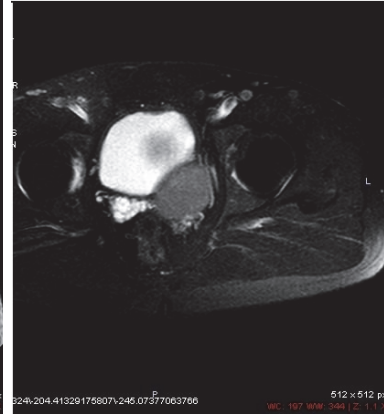
sinde (USG) mesane sol yanında 80x45 mm çaplı kalın duvarlı iç yapısında yoğun sıvı olduğu düşünölen görünüm ve sol böbrek yokluğu tesbit edildi. Manyetik rezonans görüntölme(MRG)de sol böbrek izlenmemiştir (Resim 1), sol vezikula seminalis ile ilişkili olması muhtemel T2 ve T1 intermedier sinyalli, iyi sınırlı kapsüle kitle lezyonu 7x4 cm çaplı sol vezikula seminalis ön-üst kısmında görölmektedir (Resim 2-4). Hastanın transrektal ultrasonografisinde SVK ile uyumlu gelmesi üzerine tedavi alternatifleri anlatıldı ve hastanın tercihi üzerine açık eksizyona karar verildi. Operasyon öncesi sistoskopi yapıldı sol ureter orifisi ve hemitrigonunun olmadığı göröldü. Patoloji sonucu; “müsinöz ve epidermoid metaplazi gösteren seröz papiller kist adenom, olağan spermatik kord” olarak bildirildi. Operasyon sonrası şikayetleri geöen hastamız yıllık US ile 3 yıldır sorunsuz izlenmektedir.



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



Resim 4.



Resim 5.

TARTIŐMA

Üriner sistem ve üreme sisteminin embriyolojik gelişimleri yakın ilişkilidir. Üreteral tomurcuk gebeliğin 4. haftasında mezonefrik kanalın alt ucundan köken alır. Mezonefrik kanal ile ürogenital sinüsün uygun etkileşimi ureter orifislerinin trigonda doğru anatomik pozisyonda olması açısından çok önemlidir. Ayrıca ureteral tomurcuk renal gelişimi uyarmak için üstte metanefrojenik blasteme doğru da büyür. Gebeliğin 13. haftasında mezonefrik kanalın ureteral tomurcuğun daha da aŐađısında kalan parçasından seminal veziküller gelişir. Vas deferens, ejakulatuar kanal ve epididim alt 2/3'lük parçası da mezonefrik duktus kökenlidir (2). Bu nedenle distal mezonefrik duktusun ve ureteral tomurcuğun gelişim bozukluğu renal agenezi, displazi, ejakulatuar kanal atrezisi ve seminal vezikülün kistik dilatasyonuna sebep olabilir (3).

SVK dođuŐtan veya sonradan olabilir. Konjenital seminal vezikül kistleri, seminal vezikül salgısı nedeniyle zamanla büyüyerek genç erişkin dönemde semptomatik olabilir. Sekresyonun seminal vezikül içerisine salgılanması ve drenaj kanallarının (ejakulatuar kanal atrezisi) kapalı olması seminal veziküllerin normal yapısını kist formasyonuna çevirir. 5 mm'nin altındaki SVK'lar genellikle asemptomatiktir (1,3). Semptomatik olanlar daha çok 20'li yaşlardan sonra agenezik ejakulatör kanallar nedeniyle seminal vezikülde biriken seminal sıvıya bağlı kitle oluşumu ve bu kitlenin çevre organlara (mesane, prostat, barsak) basısı nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle semptomlar da bu organlarla ilişkili olarak, işeme, kabızlık, karında ele gelen kitle, ağrı ve prostatit bulguları olabilmektedir (1-4). Bununla birlikte infertilite, hematospermi, entürezis, epididimit ve kronik idrar yolu infeksiyonu nadir de olsa görülebilecek diğer semptomlardır. Konjenital SVK'lar genellikle tek taraflıdır (1). Konjenital seminal vezikül kistleri ve aynı taraflı böbrek yokluğu ortak embriyolojik kökenle açıklanabilir (3). Akkiz SVK'lar ise genellikle bilateral olup daha çok ileri yaŐta, kronik prostatit ve geçirilmiş prostat cerrahisi gibi ejakulatör kanal tıkanmasına neden olabilecek durumlar sonrasında meydana gelir. Sonradan gelişen SVK larda böbrek yokluğu görülmez.

SVK içerisinde tümör ve ipsilateral renal agenezi oldukça nadirdir ve literatürde papiller adenokarsinomlu iki olgu bildirilmiştir (5). Yine inkontinans nedeniyle başvuran olgular da bildirilmiştir (6). Olgumuzda

SVK 80x45mm boyutunda ve asemptomatik olabilecek değerlerden daha büyük (<5 mm) ve karın ağrısı Şikayeti ile başvurmuŐtur. SVK'lı olgularda fizik muayenede epididim ve duktus deferenste hassasiyet, rektal muayenede prostatın üst kısmında ele gelen kistik kitle görülebileceği gibi tamamen normal de olabilir (2). Olgumuzda fizik muayene tamamen normaldi.

Tanıda birçok görüntüleme yöntemi kullanılabilir ve bu yöntemler kistik kitlenin kaynağı ve içeriği hakkında bilgi verebilir (3). Öncelikle karın US (ultrasonografi) veya TRUS (transrektal ultrasonografi) kitlenin özelliği, yeri ve boyutları hakkında bize bilgi vermede oldukça yararlıdır (2,3). İVP (intravenöz pyelografi) tek taraflı böbrek yokluğunu gösterebilir ancak bu yöntemle SVK görüntülenemeyebilir. Eğer büyük boyutta olup mesaneye dıŐtan bası yapıyorsa dolma defekti olarak görünüp SVK'yı düşündürebilir (3,5). BT kitleyi, yerini ve boyutunu gösterdiği gibi kaynaklandığı yeri ve çevre organlarla ilişkisini de bize göstermesi açısından önemlidir. MRG'de SVK genellikle kontrast tutmayan, T₁'de hipointens ve T₂'de hiperintens olarak görülür. Eğer kist içine kanama varsa veya yoğun proteinöz sıvı var ise hiperintens olarak görülebilir (3). MRG'de radyasyon olmaması, çevre dokularla ilişkisini iyi göstermesi, kaynaklandığı yer hakkında bilgi vermesi ve malinite ayırımını iyi yapması nedeniyle oldukça yararlıdır ve US'den sonra ilk istenecek tetkik olmalıdır. Biz de olgumuzda US'den sonra MRG isteyerek ayırıcı tanıyı yapmış olduk. MRG SVK'ya açılan ektopik ureter var ise onu da gösterebilir (7).

Hastalara sistoskopi yapıldığında orifis ve hemitrigonun olmadığı görülebilir, aynı zamanda kistin mesaneye dıŐtan basısı da fark edilebilir (2). Olgumuzda da sistoskopi ile sol orifis ve hemitrigonun olmadığı görülmüŐtür.

Bu hastaların ayırıcı tanısında seminal vezikül kistadenomu, seminal vezikül papiller adenomu, Müller kanal kisti, ejakulator kanal divertikülü, prostatik orta hat kistleri, seminal vezikül adenokarsinom veya sarkomu, çevre organ tümörleri ve lenfomalar akılda tutulmalıdır. Tüm bu bulguların ayırıcı tanıda dıŐlanması için MRG iyi bir tanı aracıdır.

5 mm'den küçük SVK'lar genellikle asemptomatiktir ve tesadüfen fark edilirler. Bu nedenle bu hastalar yalnızca izlenebilirler. SVK tedavisinde TRUS eşliğinde aspirasyon, perkutan aspirasyon, ejakulator kanalların

transuretral rezeksiyonu (TUR-ED) ve kist eksizyonu(açık operasyon, laparoskopik, robotik) yapılabilir (1,2). Biz de hastamızla bu yöntemleri önerdik ve birlikte açık kist eksizyonuna karar verdik. Aspirasyon yöntemleri daha az invaziv fakat yineleme olasılığı ve infeksiyon riski gözönüne alınmalıdır. Cerrahi eksizyon kistin büyüklüğüne, yerine ve verdiği semptomlara bağlı olarak yapılabilir (3). Literatürde laparoskopik ve robotik olarak da kist eksizyonu yapılabilen olgular vardır. Başarı oranları açık operasyon ile benzer, bununla birlikte postoperatif düşük morbidite önemli avantajlardır (2).

SONUÇ

Seminal vezikül kistleri semptom vermediği için genellikle başka nedenlerle yapılan tetkikler sonrasında tesbit edilen ve beraberinde aynı taraflı böbrek yokluğunun olabileceği nadir bir durumdur. Genellikle benign olmasına rağmen malin olgular da bildirilmiştir. Bu nedenle MRG ile kistin içeriği değerlendirilmelidir. Tedavide ilk basamak kist aspirasyonu düşünülebilir ancak tekrar ederse cerrahi eksizyon düşünülmalıdır. Eksizyon sonrası hastanın şikayetleri çoğunlukla

geçmektedir. Tedavi yöntemi tartışılmadan önce SVK'nın diğer tanılarının dışlanması gerekir.

KAYNAKLAR

1. Van Den Ouden D, Blom JH, Bangma C, et al:Diagnosis and management of seminal vesicle cysts associated with ipsilateral renal agenesis: a pooled analysis of 52 cases. Eur Urol 1998;33:433-40.
2. Cherullo EE, Meraney AM, Bernstein LH, et al:Laparoscopic management of congenital seminal vesicle cysts associated with ipsilateral renal agenesis. J Urol 2002;167:1263-7.
3. Akın M, Boyraz E. Nadir prostatizm nedeni olan dev konjenital seminal vezikül kisti: Olgu sunumu. Cumhuriyet Med J 2010;32:381-5
4. Alıcıoğlu B, Kaplan M, Aktoz T. İleri yaştaki bir olguda alışılmadık bir prostatizm nedeni: Seminal vezikül kisti. Türk Üroloji Dergisi 2009;35(2):148-50
5. Okada Y, Tanaka H, Takeuchi H, Yoshida O. Papillary adenocarcinoma in a seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis: a case report. J Urol 1992;148
6. Coşkun B, Dalkılıç A, Sönmez NC, et al: A case of seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis diagnosed during an investigation of urinary incontinence Turkish Journal of Urology 2013;39(1): 53-5
7. Levisay GL, Holder J, Weigel JW. Ureteral ectopia associated with seminal vesicle cyst and ipsilateral renal agenesis. Radiology 1975;114:575-6

İLETİşİM:

Dr. Hakan Türk
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi,
Üroloji Kliniği, İZMİR
e-posta:hkntrk000@hotmail.com