

Olgu sunumu-Case report

Nadir prostatizm nedeni olan dev konjenital seminal vezikül kisti: Olgu sunumu

Giant congenital seminal vesicle cyst as an unusual cause of prostatism: A case report

Mürüvet Akın ,Emel Boyraz

Radyoloji Kliniği (Uz. Dr. M. Akın, Uz. Dr. E. Boyraz) Gülkent Devlet Hastanesi TR-32100 Isparta

Özet

Seminal vezikül kistleri nadir olup genellikle semptom vermezler. Genellikle cinsel aktivitenin arttığı genç yaşlarda ortaya çıkar. Elli üç yaşında, prostatizm semptomları ile başvuran bir hastada üriner sistem ve transrektal ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ile sağ seminal vezikülde ince ve düzgün duvarlı uniloküle kistik kitle saptandı. Kist içeriği suprapubik yaklaşımla aspire edildi. Aspirasyon sıvısının sitopatolojik incelemesinde malign hücre saptanmadı. Bir ay sonraki kontrolünde hastanın semptomlarının gerilediği görüldü.

Anahtar sözcükler: Seminal vezikül kisti, prostatizm, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi.

Abstract

Seminal vesicle cysts are uncommon and become rarely symptomatic. They are generally seen at younger ages in parallel with increased sexual activity. A 53-year-old man presented with prostatism symptoms. An unilocular cystic mass, with a thin and regular wall was detected in his right seminal vesicle by transrectal ultrasonography (USG) and computed tomography (CT). The cyst was aspirated via the suprapubic approach and the cytopathological diagnosis was benign. Symptoms of the patient improved on follow-up visits.

Key words: Seminal vesicle cyst, prostatism, ultrasonography, computed tomography

Geliş tarihi/Received: 18 Ekim 2010; **Kabul tarihi/Accepted:** 25 Kasım 2010

İletişim Adresi:

Dr. Mürüvet Akın, Radyoloji Kliniği, Gülkent Devlet Hastanesi, TR-32100 Isparta. E-posta: muruvetakin@yahoo.com

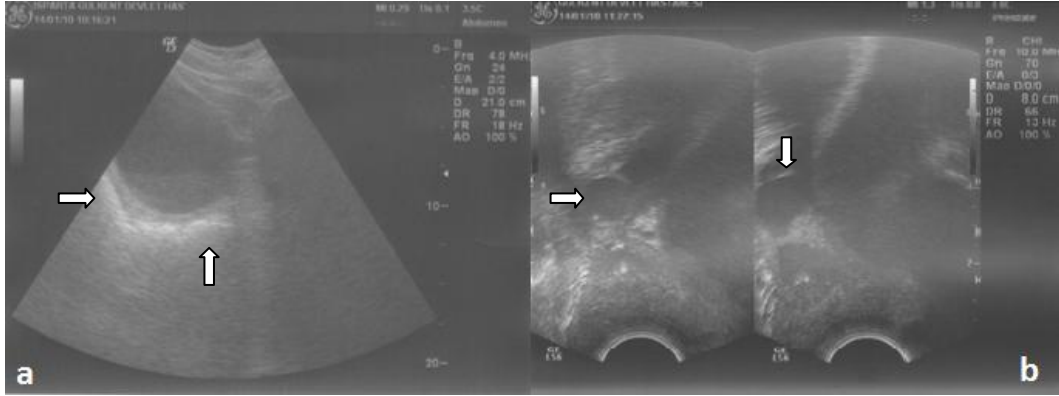
Giriş

Seminal vezikül kistleri nadir görülür, büyük boyutlara ulaştıklarında semptom verir. Genellikle cinsel aktivitenin arttığı genç yaşlarda kitle etkisi ile obstrüktif semptomlara yol açar [1-4]. Bu yazıda prostatizm semptomları ile başvuran 53 yaşındaki bir olguda saptanan dev seminal vezikül kisti sunuldu.

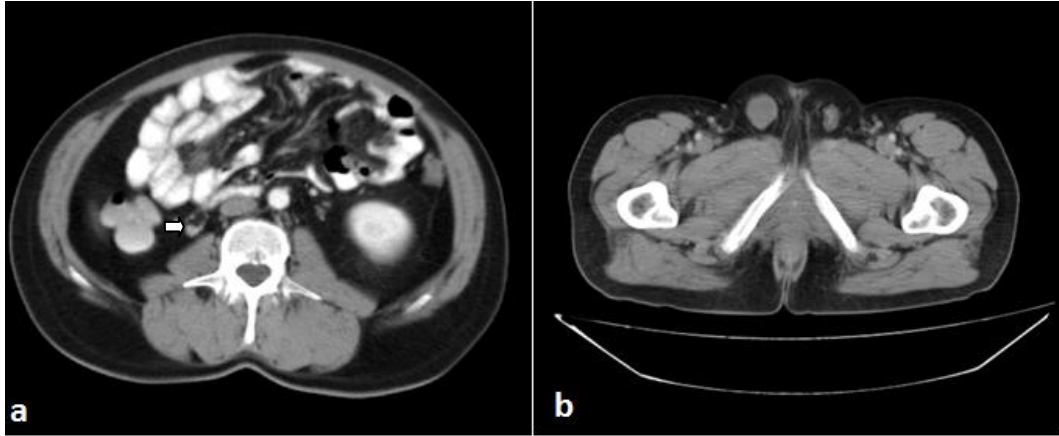
Olgu sunumu

Hikayesinde birkaç aydır giderek artan sağ kasık ağrısı ve prostatizm semptomları olan 53 yaşındaki erkek hasta üriner sistem ultrasonografisi için bölümümüze gönderildi. Yapılan transabdominal ve transrektal ultrasonografide (USG) prostat bezi konturları ve parankim yapısı normal olup mesane sağ posterolaterali boyunca süperiora uzanım gösteren ince duvarlı, uniloküle kistik lezyon (Resim 1 a ve b), sağ böbrek hipoplazisi ve sağ üreterde dilatasyon saptandı. Sağ seminal vezikül kisti, mesane divertikülü, sakral meningeal kist ön tanıları ile hastaya kontrastlı abdomino-pelvik BT yapıldı. BT incelemede sağ böbrek hipoplazik, sağ üreter orta ve distal segmenlerde dilate ve sağ testis inguinal kanalda izlendi (Resim 2 a ve b). Ayrıca kesitlerde prostat bezi normal

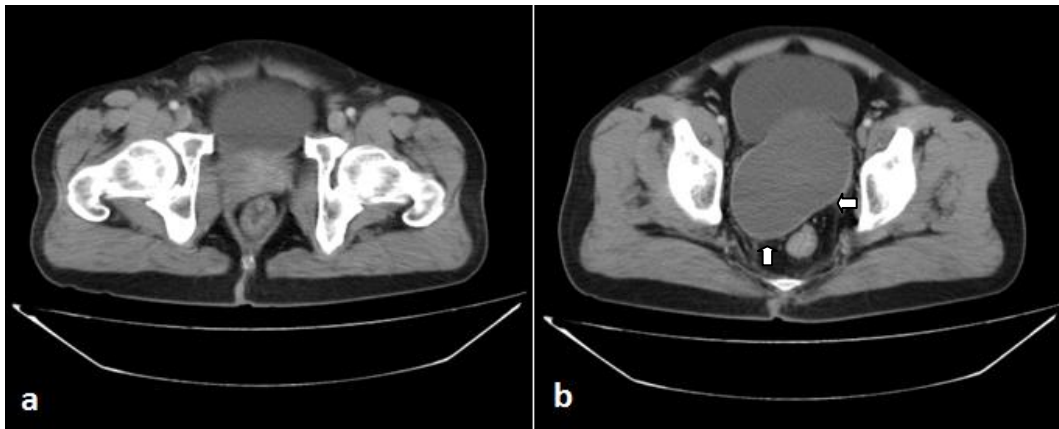
olup sağ seminal vezikülden kaynaklanarak mesane sağ posterolaterali boyunca superiora uzanan 12x10x7 cm boyutlarında duvarı kontrast tutmayan uniloküle kist izlendi. Perivezikal yağ planları normaldi (Resim 3 a ve b).



Resim 1.a: Trans abdominal ultrasonografik görüntüde mesane posteriorunda ince duvarlı, uniloküle kistik lezyon izlendi (ok). **b:** Transrektal ultrasonografik kesitte prostat bezi, sağ dilate distal üreter (ok), sağ seminal vezikül kisti izlenmektedir.



Resim 2. a: Bilgisayarlı Tomografi kesitinde sağ böbrek hipoplazisi (ok). **b:** Tomografi kesitinde sağ inguinal kanal testisi.



Resim 3. a: Bilgisayarlı tomografi kesitinde prostat bezinin normal görünümü. **b:** Bilgisayarlı tomografi kesitinde retrovezikal alanda sağ seminal vezikülden kaynaklanan ve süperio-laterale uzanan merkezi hipodens kistik kile (ok).

Eşlik eden sağ renal hipoplazi ve sağ inguinal testis ile beraber değerlendirildiğinde sağ seminal vezikül kaynaklı kistin konjenital seminal vezikül ile uyumlu olduğu düşünüldü. Hastanın semptomatik olması nedeniyle kist içeriğinin aspire edilmesine karar verildi. USG eşliğinde suprapubik yaklaşımla kist aspire edildi. Histopatolojik inceleme sonucu, aselüler sıvı olarak rapor edildi. Girişimden sonra komplikasyon gelişmedi. Birinci ay kontrolünde hastanın semptomlarının gerilediği görüldü. Yapılan kontrol USG incelemede sağ seminal vezikülde 25 cc rezidü kist içeriği saptandı (Resim 4).



Resim 4: İnce iğne aspirasyon biyopsisi sonrası rezidü kist içeriği (ok)

Tartışma

Hastanın eşlik eden üriner sistem anomalisi bulunmasından dolayı, kist konjenital tip seminal vezikül kisti olarak değerlendirilmiştir. Prostatizm semptomları ile başvurduğundan, sorunun ilk olarak benign prostatik hiperplazi olabileceği düşünülmüştür. Yapılan radyolojik tetkikler sonucu prostat bezi konturları ve parankim yapısı normal olup seminal vezikül kaynaklı bir kist varlığı gösterilmiştir. Erkeklerde kistik pelvik kitlelerin ayırıcı tanısında prostatik hiperplazinin kistik dejenerasyonu düşünülebilir. Bu kistik dejenerasyon tranzisyonel zonda ve bir nodül içerisinde gelişir. Prostat bezinin retansiyon kistleri de prostatik glandüler duktusların tıkanması sonucu, asinilerde dilatasyon sonucu meydana gelir ve spermatozoa içermezler. Çapları 1-2 cm'den küçük, düzgün duvarlı, orta hat yerleşimlidirler. Prostat bezinin herhangi bir zonundan gelişebilirler [4, 5]. Bunların dışında erkeklerde kistik pelvik kitlelerin ayırıcı tanısında Müllerian duktus kistleri (prostatik utrikül) ve Wolffian duktus kistleri de (seminal vezikül, vaz deferens veya ejakülatuar duktus kistleri) düşünülmelidir [1, 3]. Müllerian duktus kistleri her zaman orta hattadır. Seminal vezikül kistleri lateralde bulunur 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 [6-11]. Bunlar çoğunlukla diğer organ hidatik kistleriyle birlikte görülür; izole olarak bulunması nadirdir [9]. Olgumuzda aracı konaklarla temas öyküsü olmaması, batin ultrasonografisi ve BT incelemelerinde özellikle karaciğerde kist görülmemesi nedeniyle öncelikle hidatik kist düşünülmüdü. Seminal vezikülün diğer kitleleri genellikle benign özelliktedir; bunlar arasında adenom, kistadenom ve leiomyomlar sayılabilir [1, 8, 12]. Nadir de olsa malignite olasılığı aklımıza gelmeli ise de olgumuzda kistin ince ve düzenli duvar yapısı ve sitopatolojik incelemede kist sıvısında malign hücre saptanmaması bu tanıdan bizi uzaklaştırmıştır. 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, 13, 14]. 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, 15]. 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 dilatasyona bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir [1-3]. Dev kistler mesanede iritasyon ve obstrüksiyona neden olup 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 olarak sayılabilir. İnfertilite, hemospermi, enürezis şeklinde ortaya çıkan olgular vardır [15]. Daha da büyük boyutlara ulaşan kistler rektal obstrüksiyona yol açarak tenesmus, konstipasyon olarak da bulgu verebilir [12, 13, 15]. Tanı esas olarak radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konur. Ultrasonografi her zaman ilk tercih olmalıdır. İyonize radyasyon içermez ve kist içeriği, duvar yapısı ile prostat bezi parankimi konusunda da bilgi verir. Uygulayıcıya bağımlı olması dezavantajıdır. Eşlik edebilecek genitoüriner anomalilerin araştırılması için intravenöz piyelografi (İVP), seminal vezikülografi, BT ve manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) de başvurulabilir. Seminal vezikülografi seminal veziküllerdeki deformasyon ve kontrast maddenin mevcut olabilecek bir ektopik üretere reflüsünü göstermekle birlikte, teknik olarak zor, girişimsel ve travmatik bir yöntemdir. Ancak invaziv bir tetkik olması işlem sonrası komplikasyonların görülmesi ve yerini gelişmiş, invaziv olmayan radyolojik tanı yöntemlerini alması nedeniyle günümüzde sık kullanılmamaktadır. İntravenöz piyelografi, renal ve toplayıcı sistem anomalilerini ve kistin mesaneye yaptığı basıyı gösterebilir. Ancak, hipoplastik veya displastik böbrek anomalisinin izlenmesi zor olabilir. Bizde hastamıza yaptığımız İVP incelemede sağ böbreğin non-fonksiyone olduğunu ve kistin mesane üzerine yaptığı belirgin bası etkisini gözledik. Seminal vezikül kisti BT'de, retroveziküler alanda, seminal vezikülden kaynaklanan su veya suya yakın yoğunlukta, iyi sınırlı kitle şeklinde görülür. Kistik pelvik kitle ipsilateral seminal vezikülde büyüme ile birlikte kalın ve düzensiz duvarlı kitle gibi daha atipik görünümde de olabilir [2]. Ektopik üreterin açılımı gibi anomalilerin de BT ile gösterilebilmesi ancak ince kesitler alınması ile mümkündür; fakat bu durum yüksek radyasyon nedeniyle tercih edilmez. MRG, 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. USG 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 verilmesi sonucu kistlerin boyanması malignite olasılığını düşündürür [1, 2]. Sonuç olarak, seminal vezikül kistleri seyrek görülür ve nadiren semptomatiktir ve semptomatik kistler tedavi 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. Adeniji AO. Congenital seminal vesicle cyst with ipsilateral renal agenesis, vascular anomalies and intestinal malrotation. Applied Radiology 2009; 39 A-C.

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, Balcı 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. 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.
12. Razi A, Imani B. Seminal vesicle cyst presenting with lower urinary tract symptoms and huge abdominal mass. *J Urol* 2000; 164: 1309-10.
13. 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.
14. Phillis TM Jr, Teague JL. Seminal vesicle cyst in a child with a contralateral upper urinary tract abnormality. *BJU Int* 1999; 83: 359-60.
15. Ateş Y, Kilciler G, Bedir S, Aslan M, Kilciler M, Tuzun A, Yagci G, Bağcı S. Large vesicula seminalis cyst: a very rare cause of constipation and male infertility. *Kaohsiung J Med Sci* 2007; 23: 318-20.