

Transrektal US rehberliğinde doğumsal seminal vezikül kist aspirasyonu

Gürkan Ege, Haluk Akman, Enis Coşkuner

G. Ege (E), H. Akman
Istanbul International Hospital, Radyoloji Bölümü, 34800
Istanbul

E. Coşkuner
Istanbul International Hospital, Üroloji Bölümü, 34800
Istanbul

Seminal veziküler kistleri, ya doğumsal ya da edinsel olup, ejakülatör kanalın tıkanması sonucu oluştuğlarına inanılır (1). Doğumsal seminal vezikül kisti nadir görülen bir patolojidir. İpsilateral böbrek agenezili doğumsal vezikül kisti olgusu ilk olarak 1914 yılında Zinner tarafından bildirilmiştir (2). Günümüze kadar yaklaşık 100 olgu rapor edilmiştir (3). Doğumsal seminal vezikül kistlerin ve eşlik eden anomalilerin mezonefrik kanalın hatalı gelişimi sonucu oluştuğları son yıllarda bazı araştırmacılar tarafından belirtilmektedir (1,3).

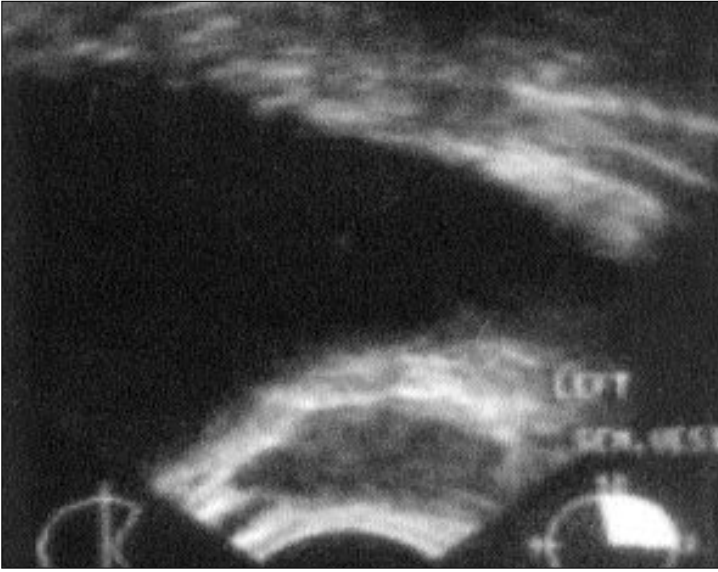
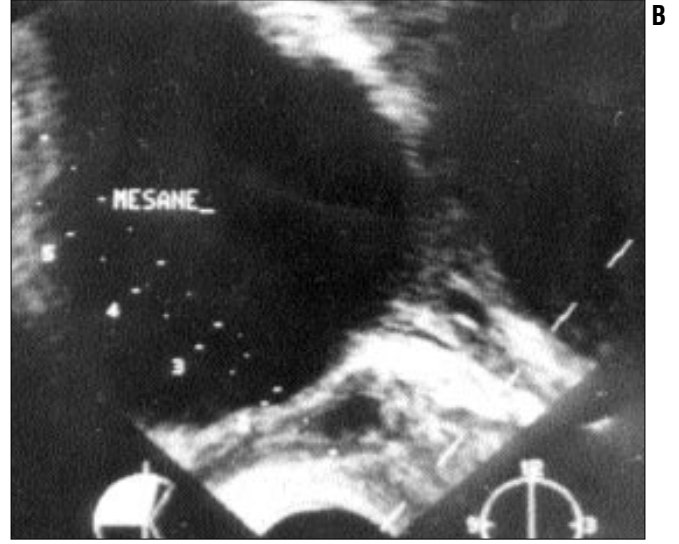
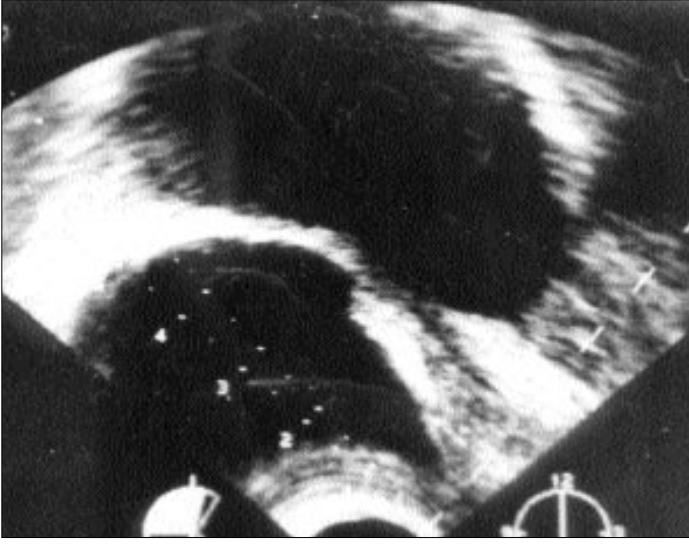
Bu yazımızda, doğumsal vezikül kisti ile birlikte ipsilateral böbrek agenezisi olan bir olguyu literatür bilgileri ile birlikte sunmak istiyoruz. Doğumsal vezikül kisti transrektal ultrason (TRUS) rehberliğinde başarılı şekilde aspire edildi. 9 aylık takip sonucu rekürrens saptanmadı. Seminal vezikül kistlerinin tedavisinde, TRUS rehberliğinde kist aspirasyonunun ilk tercih edilecek yöntem olduğuna inanıyoruz. Çünkü kist aspirasyonu; kolay uygulanabilen, güvenilir, ucuz ve oldukça az invaziv olan bir yöntemdir.

Olgu bildirisi

28 yaşındaki olgumuz miksiyon ve ejakülasyon sırasında oluşan ağrı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Rektal muayenesinde, prostatın solunda kitlesel bir lezyon palpe edildi. Abdominal ve transrektal ultrason incelenmesinde, sol seminal vezikülde kistik bir lezyon görüldü. Kistik lezyonun boyutları 56x52x46 mm ölçüldü. Olguda ipsilateral böbrek agenezisi de saptandı. Sintigrafik tetkikte sol böbrek agenezisi onaylandı, ektopik böbrek saptanmadı. Başka eşlik eden anomali izlenmedi. Olgunun bir çocuğu vardı. Anamnezinde, geçirilmiş epididimit öyküsü mevcuttu. Hem tanısal hem de terapatik amaçla kistik lezyonun aspire edilmesine karar verildi. Girişimsel işlem TRUS rehberliğinde uygulandı (Resim 1A-B). Patoloji ve biyokimya sonuçları normal çıktı. 9 ay sonra yapılan kontrol TRUS incelemesinde, tekrar sıvı kolleksiyonu izlenmedi (Resim 1C).

Tartışma

Seminal veziküller, yaklaşık 12. fetal haftada distal mezonefrik kanalın dorsolateral bölümde bülböz karakterde şişmesi sonucunda gelişirler (1). Normal gelişim sürecinin değişmesiyle gelişimsel anomaliler oluşur. Eğer üreteral tomurcuk mezonefrik kanalın kranyal kısmında çok uzaktan çıkarsa, geç absorbe olur. Bu durum metanefrik blastem ile



Resim 1. TRUS incelemede, seminal vezikül kisti ile mesane birlikte görülmektedir (A). Aspirasyon sonrası kistin tama yakın boşaldığı izlenmektedir (B). 9 ay sonra yapılan kontrol TRUS tetkikinde, tekrar sıvı birikimi saptanmadı (C).

birleşmesinde yetmezlikle sonuçlanır. Böylece böbrek displazisi veya agenezisi ile birlikte ektopik ureter anomalilerine yol açabilir (1,3).

Seminal veziküllerin fizyolojik işlevi tam olarak bilinmemesine rağmen, ejakülat içindeki spermlerin metabolizmasında ve hareketliliğinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir (1).

Literatür gözden geçirildiğinde, semptomatik olguların büyük kısmının 21-41 yaşları arasında ortaya çıktığı görülmektedir (3). Seminal vezikül kistli olguların çoğunluğu asemptomatiktir. Semptomatik hale geldiğinde, dizüri, ağrılı ejakülasyon, hematospermi veya rekürren epididimit bulguları şeklinde karşımıza çıkabilir. Eskiden seminal veziküllerin değer-

lendirilmesinde, sadece fizik muayene ve vazografi mevcuttu. Günümüzde ise TRUS, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri seminal vezikül patolojilerinin tanısında önemli katkı sağlamıştır. Son yıllarda teknolojiye hızlı gelişmeler sayesinde ultrason, özellikle transrektal uygulama, seminal vezikülleri değerlendirmede en doğru tanısal yöntemlerden biri olmuştur. Rektal muayenede, seminal vezikül anomalisi veya kitle şüpheli olgular öncelikle TRUS ile incelenmelidir (1,4). TRUS inceleme ile kesin karar verilemeyen olgulara endorektal MRG uygulanabilir (5).

Seminal vezikül kistlerinin ayırıcı tanısında, Müller kanalı, ürogenital si-

nüs/ejakülatör kanal ve prostat kistleri bulunur (6). Papiller adenom ve kistadenom basit seminal vezikül kistlerini taklit edebilir (1,7). Seminal vezikülleri tutan ve hematospermi, infertilite, infeksiyon veya ağrı şikayetlerine yol açabilen hidatik kist te ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır (8,9).

Bazı araştırmacılar, yetişkin tip polikistik böbrek hastalığı ile seminal vezikül kistleri arasında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (10-12). Seminal vezikül kistli bütün olguların, polikistik böbrek hastalığını ekarte etmek için böbreklerinin görüntülenmesini önermişlerdir.

Seminal vezikül kisti semptomatik olmadığı takdirde tedavi gerekli değildir (1,7,13). Tedavi seçenekleri ise;

transperineal ve transvezikal aspirasyon, transüretral unroofing, laparoskopik diseksiyon ve açık rezeksiyon olarak sayılabilir. Ejakülatör kanalları tıkayan veya lokal semptomlara yol açan küçük seminal vezikül kistleri öncelikle transperineal veya TRUS rehberliğinde aspire edilmelidir. Eğer başarılı olmazsa ve kist tekrar büyürse, sklerozan bir maddenin enjeksiyonu ile tekrar aspirasyonu önerilmektedir (1). Geçmişte seminal vezikül kistlerin tam olarak tedavisi için sıklıkla açık cerrahi gerekliydi. Günümüzde ise, TRUS tekniğindeki hızlı gelişmeler ile endoskopik yaklaşım, retrovezikal kistlerin tedavisinde bu modalitelerin rollerini önemli oranda artırmıştır (14-16).

Sonuç olarak, ipsilateral böbrek agenezisi ile birlikte doğumsal seminal vezikül kistleri oldukça ender görülen patolojilerdir. Seminal vezikül

patolojilerinin değerlendirilmesinde, çeşitli tanısal metodlar arasında TRUS yönteminin en doğru modalitelerden biri olduğunu düşünüyoruz. Seminal vezikül kistlerinin tedavisinde değişik yöntemler kullanılmaktadır. Tanısal amacına ilave olarak, TRUS

rehberliğinde kist aspirasyonunun ilk planda göz önünde bulundurulması gereken alternatif bir yöntem olduğuna inanıyoruz. Çünkü TRUS rehberliğinde kist aspirasyonu; kolay uygulanabilen, güvenilir, ucuz ve oldukça az invazif bir yöntemdir.

CASE REPORT: ASPIRATION OF CONGENITAL SEMINAL VESICLE CYST WITH TRUS GUIDANCE

Congenital cystic disease of the seminal vesicle is a rare disorder. Maldevelopment of the mesonephric duct gives rise to congenital seminal vesicle cysts and the associated anomalies.

We present a patient with congenital cyst of the seminal vesicle associated with ipsilateral renal agenesis. Among various diagnostic methods transrectal ultrasound (TRUS) provides excellent anatomic detail of pathologic changes in the seminal vesicle. Recently, different treatment methods of the examining seminal vesicle cysts have been used. The congenital cyst of our patient was aspirated successfully with TRUS guidance. After 9 months follow-up, no reaccumulation was detected. TRUS guided aspiration may offer a good alternative in the treatment of congenital seminal vesicle cysts, since it is easy, safe, inexpensive and relatively less invasive.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2001; 7:395-397

Kaynaklar

1. Williams RD, Sandlow JI. Surgery of the seminal vesicles; In: Walsch PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ. Campbell's Urology. 7nd ed. Philadelphia: WB Saunders. 1998; 3:3299-3307.
2. Zinner A. Ein fall von intravesikaler Samenblasencyste. Wien Med Wochenschr 1914; 64:605-609.
3. King BF, Hattery RR, Lieber MM, Berquist TH, Williamson BJr, Hartman GW. Congenital cystic disease of the seminal vesicle. Radiology 1991; 178:207-211.
4. Littrup PJ, Lee F, McLeary RD, Wu D, Lee A, Kumasaka GH. Transrectal US of the seminal vesicles and ejaculatory ducts: clinical correlation. Radiology 1998; 168:625-628.
5. Engin G, Kadioğlu A, Orhan I, Akdol S, Rozanes I. Transrectal US and endorectal MR imaging in partial and complete obstruction of the seminal duct system. A comparative study. Acta Radiol 2000; 41:288-295.
6. Kırkcalı Z, Yiğitbaşı O, Diren B, Hekimoğlu B, Ersoy H. Cysts of the prostate, seminal vesicles and diverticulum of the ejaculatory ducts. Eur Urol 1991; 20:77-80.
7. Mazzucchelli L, Studer UE, Zimmermann A. Cystadenoma of the seminal vesicle: case report and literature review. J Urol 1992; 147:1621-1624.
8. Kuyumcuoğlu U, Erol D, Germiyanoğlu C, Baltacı L. Hydatid cyst of the seminal vesicle. Int Urol Nephrol 1991; 23:479-482.
9. Sağlam M, Tasar M, Bulakbaşı N, Tayfun C, Somuncu I. TRUS, CT and MRI findings of hydatid cyst of seminal vesicle. Eur Radiol 1998; 8:933-935.
10. Alpern MB, Dorfman RE, Gross BH, Gottlieb CA, Sandler MA. Seminal vesicle cysts: association with adult polycystic disease. Radiology 1991; 180:79-80.
11. Hihara T, Ohnishi H, Makil T, Kumagai H, Uchiyama G. MR imaging of seminal vesicle cysts associated with adult polycystic kidney disease. Radiat Med 1993; 11:24-26.
12. Danacı M, Akpolat T, Başdemir M, Sarıkaya S, Akan H, Selçuk MB, Cengiz K. The prevalence of seminal vesicle cysts in autosomal dominant polycystic kidney disease. Nephrol Dial Transplant 1998; 13:2825-2828.
13. Humke U, Uder M, Siemer S, Ziegler M, Kramann B. Congenital cysts of the seminal vesicles with ipsilateral kidney agenesis. Clinical aspects of 7 cases. Ann Urol 1997; 31:184-190.
14. Asch MR, Toi A. Seminal vesicle. Imaging and intervention using transrectal ultrasound. J Ultrasound Med 1991; 10:19-23.
15. Razvi HA, Denstedt JD. Endourologic management of seminal vesicle cyst. J Endourol 1994; 8:429-431.
16. Carmignani G, Gallucci M, Puppo P, De Stafani S, Simonato A, Maffezzini M. Video laparoscopic excision of a seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis. J Urol 1995; 153:437-439.