

KONJEN TAL SEM NAL VEZ KÜL K ST : OLGU SUNUMU

CONGEN TAL SEM NAL VES CLE CYST: A CASE REPORT: OLGU SUNUMU

Ay egül KAHRAMAN<sup>1</sup>, Caner ED Z<sup>2</sup>, Cemal TA DEM R<sup>2</sup>, Bayram KAHRAMAN<sup>3</sup>, Ramazan ALTINTA<sup>2</sup>, Mustafa KANBAY<sup>4</sup>

<sup>1</sup> nönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Malatya, TÜRK YE

<sup>2</sup> nönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD, Malatya, TÜRK YE

<sup>3</sup>Park Hastanesi, Radyoloji, Malatya, TÜRK YE

<sup>4</sup>Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji Klini i, Malatya, TÜRK YE

**ÖZET**

Seminal vezikül kistleri do umsal ya da edinsel olarak kar ımıza çıkar ve ejakülatuar kanalların tıkanıklı na ba lı oldu una inanılır (1). Seminal vezikül kistleri nadir olarak görülür ve genellikle asemptomatiktirler. Çalı mamızda, her iki yan a rısı ve prostatizm benzeri ikayetler nedeniyle klini imize ba vurma sonucunda konjenital seminal vezikül kisti saptanan 32 ya nda erkek olgu sunulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Konjenital seminal vezikül kisti, semptom, zinner.

**ABSTRACT**

Seminal Vesicle Cysts occurs as congenital or acquired and it is believed to be due to obstruction of ejaculatory ducts. Seminal vesicle cysts are rare and usually asymptomatic. In this study, we report a case of Congenital seminal vesicle cyst in a 32-year-old men who presented to the our clinic with bilateral flank pain and prostatism symptoms.

**Keywords:** Congenital seminal vesicle cyst, symptoms, diagnosis

**G R**

Seminal veziküller nadir olarak görülmekte olup, konjenital veya akkiz olarak kar ımıza çıkar. Konjenital seminal vezikül kistleri renal agenezi/disgenezi ve ektopik böbrek gibi ek anomalilerle birlikte seyredebilir. Akkiz kistler ise kronik seminal vezikül enfeksiyonu, benign prostat hipertrofisi ya da geçirilmi prostat cerrahisi sonrasında olu abilir (2). Seminal vezikül kistli olguların ço unlu u asemptomatiktir. Semptomatik durumda, dizüri, a rılı ejakülasyon,

hematospermi gibi bulgularla kar ımıza çıkabilir. Bu yazıda, her iki yan a rısı ve prostatizm benzeri ikayetlerle klini imize gelen bir konjenital seminal vezikül kisti hastasının klinik ve radyolojik bulgularını sunuyoruz.

### OLGU

32 ya nda erkek hasta, sol kasık a rısı, idrara sık çıkma, idrarda yanma ve idrardan kan gelmesi ikayetiyle klini imize ba vurdu. Hastanın ikayetleri son birkaç gün içerisinde giderek artarak ilerlemi ti. Fizik muayenede sa böbrekte kosto vertebral aç hassasiyeti pozitif saptandı. Biyokimya de erleri ve idrar tetkiki normal sınırlar içindeydi. Hastaya yapılan üriner ultrasonografide, sa böbrek 146 mm olarak izlenirken, sol böbrek lojunda görülemedi (Sol böbrek agenezisi). Mesane sol posterolateral kom ulu unda seminal vezikül lojunda 38\*22 mm boyutta tek kalın septa içeren, lobüle konturlu kistik lezyon izlendi (Veziküla seminalis kisti?). Bunun üzerine hastaya abdominal tomografi çekildi. Sol böbrek izlenmedi. Mesane sol posterior lateral bölümde veziküla seminalis lojunda 35x27 mm boyutta hipodens kitle lezyonu saptandı (Resim 1). Sonrasında yapılan alt abdomen kontrastlı MRG incelemesinde veziküla seminalis sol kesimde T1 A hiperintens, T2 A hipointens içeri i bulunan, postkontrast kapsüler kontrastlanma gösteren ve prostat gland içinde dilate tubuler yapı ekinde uzanan kistik yer kaplayıcı olu um saptandı (Veziküla seminalis kisti+Sol duktus ejakulatorius obstrüksiyonu?) (Resim 2). Tüm radyolojik incelemelerin sonucunda olgunun konjenital seminal vezikül kisti oldu u saptandı.

### TARTI MA

Seminal veziküller, yakla ık 12. fotal haftada distal mezonefrik kanalın dorsolateral bölümünün bülböz karakterde i mesi sonucunda geli rler (3) Seminal veziküllerin fizyolojik i levi tam olarak bilinmemesine ra men, ejakülattaki spermilerin metabolizmasında ve hareketlili inde önemli rol oynadı ı belirtilmektedir (1). Seminal veziküllerin geli imi sırasında ek anomalilerin

olması geli im sürecindeki patolojik sürece ba lıdır. Do u tan seminal vezikül kisti olanlarda, embriyogenez a amasında ureter tomurcu u ile mezonefrik kanalın yakın kom ulukta olmasından dolayı, ipsilateral renal agenezi, ureter ektopisi ve aynı taraf testis yoklu u gibi malformasyonlar birlikte görülebilir. Seminal vezikül kistleri ço unlukla asemptomatik olup, genellikle 5 cm' den büyük kistler semptomatiktir. Genellikle asemptomatik olmaları sebebiyle büyük oranda tanısı ba ka sebeplerle yapılan radyolojik görüntülemelerde tesadüfen konulmaktadır. Eskiden seminal veziküllerin de erlendirilmesinde, sadece fizik muayene ve vazografi mevcuttu. Günümüzde ise ultrasonografi, trans rektal ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri seminal veziküldeki patolojik durumların tanısında önemli katkı sa lamı tır. Bizim olgumuzda hastanın prostatizm semptomları ile ba vurması sebebi ile sorunun ilk olarak benign prostat hiperplazisi olabilece i akla gelmi tir. Yapılan radyolojik tetkikler sonucu prostat bezi konturları ve parankim yapısı normal olup seminal vezikül kaynaklı bir kist varlı ı gösterilmi tir. Hastada e zamanlı, bir ek anomali dü ündürecek bulgu yoktu, ancak hastanın spesifik olmayan ikayetleri açısından yapılan tetkiklerinde sol renal agenezi saptanmı tır. Bu da konjenital seminal vezikül kistlerinde ek anomali geli ebilme ihtimalini desteklemektedir. Olgumuzdaki kist boyutunun 5 cm'den küçük olması, hastanın spesifik olmayan semptomlarla ba vurmasına neden olmu tur. Çünkü seminal vezikül kistleri genellikle 5 cm' den büyük olduklarında semptomatiktir ve klinik olarak cinsel olarak aktivitelerinin en fazla oldu u 20-30'lu ya larda belirgin hale gelebilirler. Bu durumun, seminal veziküllerde seminal sıvı birikiminin olu turdu u kistik

dilatasyona bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (4). Seminal vezikül kistleri semptomatik hale geldiklerinde; en sık abdominal, perineal ve pelvik ağrı, ejakülasyon sırasında ağrı, dizüri, sık idrara çıkma, hematüri ve prostatit benzeri bulgularla karşımıza çıkar. Tanı esas olarak radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konur. Ultrasonografi her zaman ilk tercih olmalıdır. Uygulayıcıya bağlı olması dezavantajdır. Etkin edebilecek genitouriner anomalilerin araştırılması için

intravenöz piyelografi (VP), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) de başvurulabilir.

Sonuç olarak, seminal vezikül kistleri seyrek görülür ve nadiren semptomatiktir ve semptomatik kistler tedavi edilmelidir. Bu yazıda Prostatizm ile başvuran olgularda ayrıntılı tanıda seminal vezikül kistlerinin de düşünülmesi gerektiğini vurgulamaya çalıştık.

#### 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-Alpern MB, Dorfman RE, Gross BH, et al. Seminal vesicle cysts: Associating with adult polycystic kidney disease. Radiology 1991; 180: 79-80

Yazıma Yazarı:

Yrd. Doç. Dr. Cemal Taşdemir

Tıp Fakültesi, Üroloji Departmanı

İnönü Üniversitesi, 44280, Malatya, TÜRK YE.

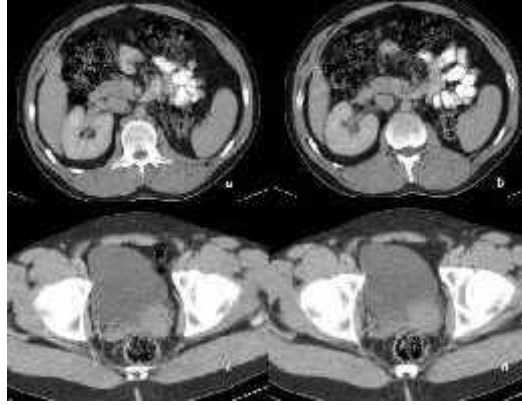
Telefon: 0 422 341 0660-5803

Fax: 0 422 341 0728

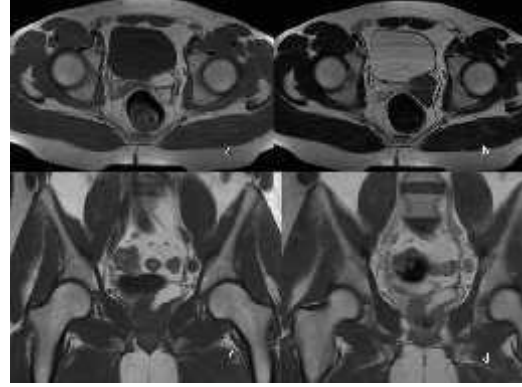
E-mail: cemal.tasdemir@inonu.edu.tr

3King BF, Hattery RR, Lieber MM, Berquist TH, Williamson BJR, Hartman GW. Congenital cystic disease of the seminal vesicle. Radiology 1991; 178:207-211.

4-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.



**Resim 1.** Sol böbrek izlenmedi (a, b). Mesane sol posterior lateral bölümde vezikula seminalis lojunda 35\*27 mm boyutta hipodens kitle lezyonu saptandı (c, d).



**Resim 2.** Alt abdomen kontrastlı MRG incelemesinde vezikula seminalis sol kesimde T1 A hiperintens, T2 A hipointens içeri i bulunan (a, b), postkontrast kapsüler kontrastlanma gösteren (d) ve prostat gland içinde dilate tubuler yapı ekinde uzanan kistik yer kaplayıcı olu um saptandı (c, d).