

ALT ÜRİNER SİSTEMİN KİSTİK HASTALIKLARI: 2 VAKA TAKDİMİ VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

CYSTIC DISEASES OF LOWER URINARY TRACT: 2 CASE REPORTS AND THE REVIEW OF THE LITERATURE

GEZGİROĞLU, H., KADIOĞLU, A*, SEVİN, G., FAZLOĞLU, A., TAŞÇI, A.L.,
ÇAŞKURLU, T., RESİM, S.

Yıldırım Çarşı Hastanesi Üroloji Kliniği

ÖZET

Tamamı araştırmaların gelişmesiyle erkek genital sistemin kistik hastalıkları daha sık teşhis edilen patolojiler olmuş ve insidanslarının hiçte eski yayınlarında bildirildiği kadar az olmadığı görülmüştür.

Kliniğimize başvurmada önce uzun yıllar araştırılan ve çeşitli ampirik tedavilerle tedavi edilmeye çalışılan ağır oligospermik bir hastada Transrektal Ultrasonografi (TRUS) de orta hatta kistik yapı görülmesi ile duktus ejakulatorius kisti teşhis edilmiş ve üretroskopide veru montanum üzerinde görülen kitlesel oluşumun TUR ile rezeke edilmesi ile de tedavi edilmiştir.

Bir diğer alt üriner sistem kistik hastalığı olan prostatik inklüzyon kistli hasta ise TRUS eşliğinde transperineal iğne aspirasyonu ile tedavi edilmiştir.

Oligospermik ve azospermik hastaların değerlendirilmesinde klasik teşhis metodlarının yanında, TRUS ve endoskopik değerlendirme de mutlak göz önünde bulundurulması gereken teşhis yöntemleridir. Bunlar özellikle, spermatik kanalların morfolojik patolojilerini değerlendirmede baş tanı aracı olabilecek yöntemlerdir.

SUMMARY

With the development of the diagnostic media, the cystic diseases of the male genitalia are diagnosed more frequently and we have seen that their incidence is not as rare as indicated in the older publications.

In a patient who has been investigated for many years for heavy oligospermia and tried to be cured with some ampiric therapies before coming to our clinic, the diagnosis of the ejaculatory duct cyst has been made by remarking a midline cyst in TRUS. He has been managed by resecting by TUR the mass on the veru montanum seen in the urethroscopy.

Another patient with a prostatic inclusion cyst, which is another lower urinary system cystic disease in the male, has been treated by the TRUS guided transperineal aspiration of the cyst.

In the evaluation of the oligospermic and azospermic patients. TRUS and endoscopic evaluation must be taken into consideration with the classical diagnostic methods. Those methods must be essential in the evaluation of the morphologic pathologies of the spermatik ducts.

GİRİŞ

Ejakülatör kanallar, vas deferenslerin ve seminal vezikül kanallarının birleşmesinden oluşurlar. Prostat içinde 1-2 cm. öne ve aşağıya doğru ilerlerken sonlandıkları veru montanuma doğru birbirlerine yaklaşırlar. Bu iki kanalın birbirine çok yakın ilişkisinden dolayı, bu bölgedeki tek bir lokal lezyon bilateral obstrüksiyona neden olabilir (3). Bu durumda klinikte görülenler, az ya da hiç fruktoz içermeyen, düşük volümlü asit semen ve palpabl vazlardır. Obstrüksiyonun ünilateral, parsiyel ya da fonksiyonel olmasıyla bu tipik tablo daha komplike bir hal alır (12).

Pryor, ejakülatör kanal obstrüksiyonlarını, etyolojik olarak konjenital, travmatik, postinfektif, neoplastik ve megaveziküler olarak sınıflandırmıştır (1).

Ejakülatör kanalların önemli konjenital anomalileri yalnız divertikül ya da kistlerdir. Üç ayrı şekilde görülürler: 1) Her iki ejakülatör kanal tek kistin içine girerler, 2) Her iki ejakülatör kanaldan birer kist çıkabilir ya da 3) Kist tek bir taraftan çıkar, her iki tarafa da baskı yapar (2).

Semptomlar genellikle prostatizm semptomları olup hemospermi ya da ağrılı ejakülasyon şeklinde de olabilir. Büyükçe olanlar rektal muayenede prostat tabanının hemen üstünde kistik bir kitle şeklinde palpe edilebilirler.

TRUS, CT ve seminal vezikulografi seçkin teşhis yöntemleridir.

MATERYAL VE METOD

1. Vaka:

Hasta H.Ö., 35 yaşında, 6 yıldır infertilite açısından çeşitli klinisyenler tarafından takip edilmiş ve 14 ayrı spermiogram yaptırmış olarak kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede bir özellik yok, hormon değerleri normal, sperm kültürü steril. Antisperm antikorlar (-), spermiogramlarında ortalama sayı 2-5 milyon/cc. Normal hareketli %0, Yavaş %10-60, Normal morfolojili %55-80, ejakulat hacmi 1-3 cc, reaksiyonu alkali, fruktoz normalin altındı idi.

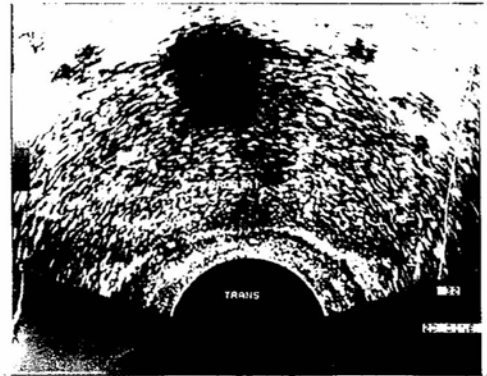
Yapılan TRUS de: Prostat homojen, orta üst

kesimde, sol duktus ejakulatorius ağzına uyan yerde, fuziform, 0.88 cm büyüklüğünde kistik yapı (şekil 1), bu kiste komşu bölgelerden başlayarak sol seminal vezikül tipinde uzanan, büyüklükleri 0.7 cm civarında multipl kistik yapılar görülmekte (şekil 2) ve sağ seminal vezikül doğal görünümde idi.

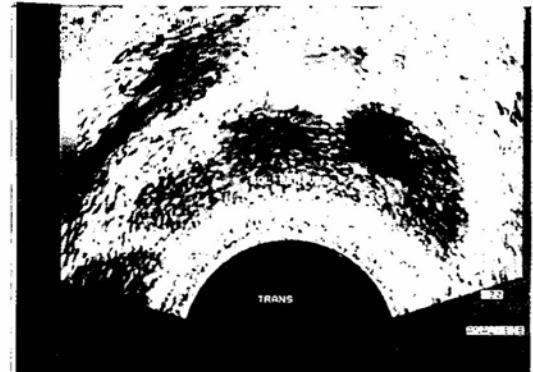
Duktus ejakulatorius kisti ön tanısı ile üreteroskopi yapıldı: Veru montanum üstünde, lümen çıkıntı yapan yuvarlak kitle tesbit edildi (şekil 3). TUR aleti ile rezeke edildi (şekil 4) ve iç yapısının kistik olduğu görüldü. Prostat masajı ile burdan beyaz seminal sıvının üretra lümenine atıldığı izlendi (şekil 5).

Üç ay sonra yapılan kontrol spermiogramında sayının 11 milyona, motilitenin ise %30'a çıktığı gözlemlendi.

TRUS de, ejakülatör kanal ağzındaki kistik oluşumun ortadan kalktığı fakat seminal vezikül-



Şekil 1: 1 no'lu hastanın TRUS'ü. Sol duktus ejakulatorius ağzına uyan yerde kistik yapı.



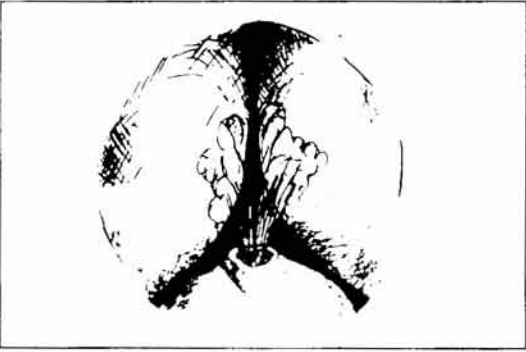
Şekil 2: 1 no'lu hastaya ait TRUS: sol seminal vezikülde kistik genişleme.



Şekil 3: 1 nolu hastanın firetroskopisinin şematik görünümü: veru montanum.



Şekil 4: Veru montanum üzerindeki kitle rezeksiyonu.

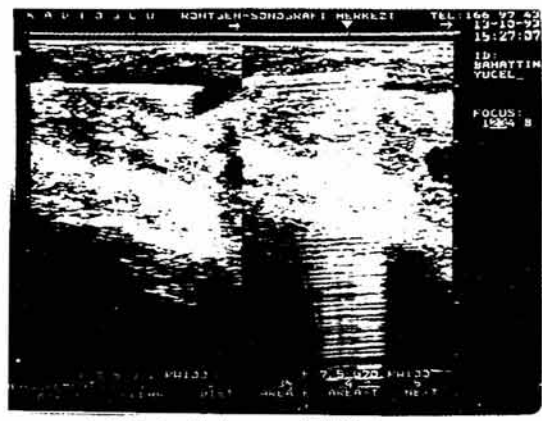


Şekil 5: Prostat masajı ile üretra lümenine seminal sıvı ekspulsiyonu.

lerdeki kistik yapıların sebat ettiği görüldü.

2. Vaka:

28 yaşında, polikliniğe hemospermi şikayetiyle başvurdu. Rektal Tuşede bir özellik yoktu. Yapılan TRUS'sinde prostat dokusu içerisinde periuretral alanda yaklaşık 1 cm çapında kistik oluşum belirlendi (şekil 6).



Şekil 6: 2 nolu hastanın TRUS'si



Şekil 7: TRUS eşliğinde kistin punksiyonu ve kollabe olmuş kist.

Tedavi olarak TRUS eşliğinde bir Chiba iğnesiyle transperineal girilip kist boşaltıldı (şekil 7-8). Sıvının mikroskopik incelemesinde spermatozoid içermediği görülmüş ve prostatik inklüzyon kisti tanısı konmuştur. İşlem sonrası üç aylık kontrolde hemosperminin sadece mikroskopik düzeyde (15-16 eritrosit) kaldığı görülmüştür.

TARTIŞMA

Skrotal eksplorasyon yapılan 370 azospermik hastalık bir seride, ejakülatör kanal obstrüksiyonu vakaların %4.8 inde bulunmuştur (1).

Rieser, erkek pelvisinde 4 tip kistik lezyon görüldüğünü bildirmiştir: Müller kanalından, seminal veziküllerden, ejakülatör kanallarından çıkanlar ve prostatik inklüzyon kistleri (4). Genelde nadir görülen bu kitlerin en sık görüleni Müller kisti olup en az rastlanana ise duktus ejakulatorius kistleridir.

Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının en sık rastlanan nedeni konjenitaldir ve en sık rastlanan konjenital neden de Müller kanalı kistleridir. Bunlar, orta hatta, vazal ejeksiyonla kolaylıkla dolan, ejakülatör kanallara dıştan bası yapan, büyük boyutlara da ulaşabilen kistik oluşumlardır. Lucey ve arkadaşları açık Müller kanalı kisti eksizyonu yaptıkları bir hastayı bir yıl sonra rekürren üriner enfeksiyon nedeniyle tekrar incelediklerinde iatrojenik ejakülatör kanal kisti olduğunu görmüşlerdir (2). Müller kistleri o lokalizasyonda taş neden olan yegane oluşumlardır (5).

Vezikula seminalis kistleri genellikle ünilocüler ve tek taraflı, nadiren çift taraflıdır. 15-60 yaş arası semptom verirler (pik 20-30 yaş). Büyük olanları mesaneyi irite ederek disüri frequency, urgency ye neden olur.

Prostatik inklüzyon kistleri, prostat dokusu içinde genellikle küçük boyutlarda, ultrasonografide içleri sıvı dolu, yumuşak duvarlı, anekoik şekilde görülürler (4). Prostatik kanalların fokal genişlemesiyle oluşmuşlardır, akiz de olabilirler. Orta hatta oluşmazlar.

Ejakülatör kanalın kistleri akut prostatiti taklit edebilir, hemospermi (7) ya da ağrılı ejakülasyon yapabilirler. Lucey, bildirdiği akiz ejakülatör kanal kistinin etyolojisinden prostatik uretranın rutin enfeksiyonu ve bunun sonucu olarak kanalın skarlaşmış daralmasının sorumlu tutulmasını pek mümkün görmediğini, çünkü aksi takdirde bu lezyonun çok daha sık görülmesi gerektiğini ileri sürmüştür (2).

Günümüzde transrektal ve abdominal ultrasonografi pelvik kistik kitlelerin teşhisinde en geçerli yöntemdir, fakat yorumu, tetkiki yapan kişiye çok bağlıdır. TRUS ile kiste girilip, boşaltılıp, opak madde verilip filmi alınabilir. CT ve MRI daha pahalı ve zahmetli yöntemler oldukları halde TRUS'ye üstün değildirler. Vazovezikülografi alternatif bir teşhis metodudur. Ejakülatör kanal ve seminal vezikülleri daha iyi bir definisyonla ortaya koyar ve transüretral müdahalenin nerede mümkün olabileceğini gösterir (8,9,10,11).

Pelvik kistik oluşumların tedavisinde, kon-

servatif olarak antibiotikler ve masaj; Kapalı olarak perineal ya da transrektal aspirasyon; Endoskopik olarak, utrikular orifisin dilatasyon ve drenajı, TUR-ED; Açık olarak ta. suprapubik transvezikal eksizyon, lezyonun ve çevre dokuların en bloke çıkarılması, transperitoneal eksplozyon ve eksizyon, transkoksigeal yaklaşımla eksizyon ve perineal eksizyon şimdiye kadar denenmiş yöntemlerdir (1).

SONUÇ

Teşhis metodlarının gelişmesiyle, alt üriner sistemin kistik hastalıkları, androlojik pratiğin daha sık görülen patolojilerinden olmuştur. Özellikle TRUS bu tür patolojilerin hem teşhis hem de tedavisinde anlamlı ilerlemelere olanak sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- 1) Pryor, J.P.: Ejaculatory duct obstruction in subfertile males: analysis of 87 patients. *Fertil. Steril.*, 56: 725-730, 1991.
- 2) Lucey, D.T.: Genital cysts of the male pelvis: case report of Müllerian and ejaculatory duct cysts in the same patient. *J. Urol.*, 109: 440-443, 1973.
- 3) Elder, J.S.: Cyst of the ejaculatory duct/Urogenital sinus. *J. Urol.*, 132: 768-771, 1984.
- 4) Rieser, C.: Cysts of the prostate. *J. Urol.*, 91: 282, 1964.
- 5) Landes, R.R.: Müllerian duct cysts. *J. Urol.*, 61: 1089, 1949.
- 6) Littrup, P.J.: Transrectal US of the seminal vesicles and ejaculatory ducts: Clinic correlation. *Radiology*, 168: 625, 1988.
- 7) Van Poppel, H.: Hemospermia owing to utricular cyst: Embryological summary and surgical review. *J. Urol.*, 129: 608, 1983.
- 8) Weintraube, C.B.: Transurethral drainage of the seminal tract for obstruction, infection and infertility. *Br. J. Urol.*, 52: 220, 1980.
- 9) Carson, C.C.: Transurethral resection for ejaculatory duct stenosis and oligospermia. *Fertil. Steril.*, 41: 482, 1984.
- 10) Porch, P.P.: Aspermia owing to obstruction of ejaculatory duct and treatment by transurethral resection. *J. Urol.*, 119: 141, 1978.
- 11) Farley, S.: Stenosis of the ejaculatory ducts treated by endoscopic resection. *J. Urol.*, 109: 664, 1973.
- 12) Hendry, W.F.: Testicular obstruction: Clinico-pathological studies. *Ann R. Coll Surg. Engl.*, 72: 396, 1990.