

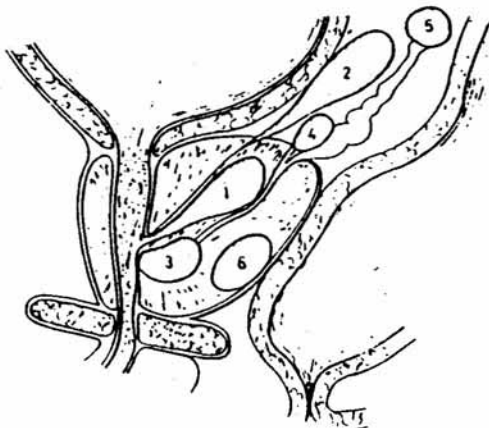


PROSTATİK UTRİKÜLER KİST PROSTATIC UTRICULAR CYST

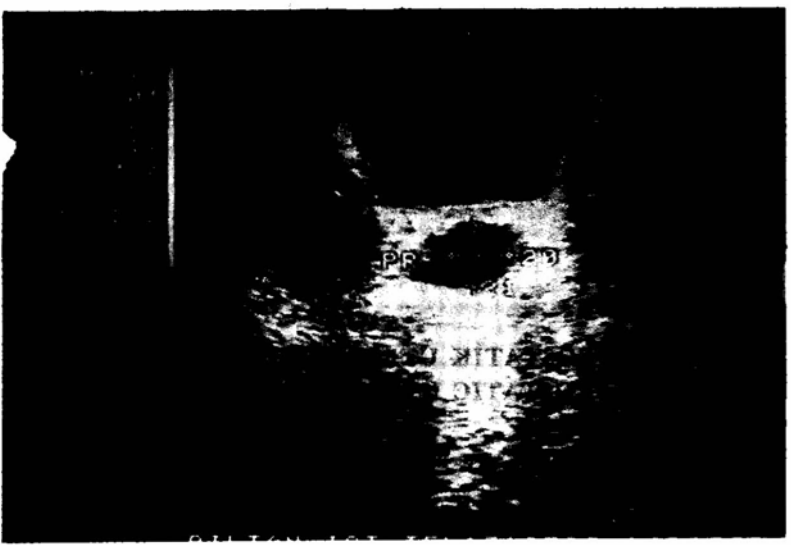
YILDIZ, S., YILMAZ, A.F., BÜYÜKALPELLİ, R., SELÇUK, M.B.

GİRİŞ

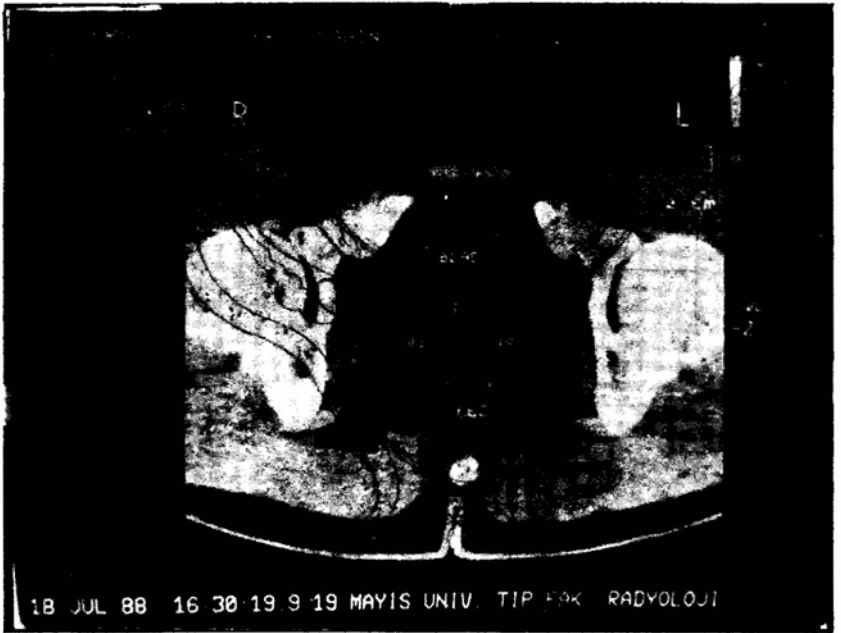
Erkeklerde kemik pelvis içinde yerleşim gösteren genital sistemi ilgilendiren kistik oluşumlar oldukça nadirdir. Bunlar; prostatik utrikül, Müller kanalı, prostatik retansiyon, ejakulatuvar kanal, duktus deferans ve vezikula seminalis kistleridir. Bu kistler yerleşim yerine, prostat bezi ile ilişkisine, orta hat veya lateral yerleşim göstermesine ve embriyolojik kökenine göre adlandırılırlar (Şekil 1). Her yaş grubunda görülebilirler. Ancak pelvik kistlerin klasik radyolojik tanı yöntemleri ile tanımlanması invaziv yöntemleri gerektirmektedir ve genellikle tanıda sadece ipuçları elde edilebilmektedir.



Şekil 1: Prostatik kistlerin yerleşim bölgeleri; 1) utriküler kist, 2) müller kanalı kist, 3) ejakulatuvar kanal kisti, 4) vaz deferens kisti, 5) vezikula seminalis kisti, 6) prostatik retansiyon kisti (2).



Resim 1: Aksiyel transabdominal pelvik ultrasonografide prostat orta kısmında düzgün sınırlı, anekoik kistik kitle görülmektedir.



Resim 2: Prostat seviyesinden geçen kontrastsız pelvik BT kesitinde prostat orta kısmında yerleşim gösteren homojen, belirgin sınırlı prostatik utriküler kist. Komşu anatomik yapılarla olan ilişkisine dikkat ediniz (BLAD: mesane, P: prostat, VS: vezikula seminalis, REC: rektum).

Burada hematospermi yakınmasıyla gelen geç bir hastada ultrasonografi ve bilgi-sayarlı tomografi (BT) ile demonstre ettiğimiz bir utriküler kist olgusu sunulmuş ve ilgili literatürle tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

26 yaşında erkek hasta kliniğimize 2.5 aydır devam eden hematospermi yakınmasıyla yatırıldı. Urinasyona ilişkin herhangi bir yakınması yoktu. Fizik incelemede eksternal genital organlar normaldi. Rektal incelemede prostatik sulkus üzerinde, üstte yaklaşık 2.5 cm. çapında hassas olmayan, düzgün, yumuşak, kitle palpe edildi. İdrarda mikroskopik hematüri vardı. İntravenöz pyelografi (IVP) normaldi. Semen incelemesi mikroskopik incelemede görülen bol eritrosit dışında normaldi. Abdominopelvik ultrasonografide prostat bezi içine lokalize 25 × 27 × 22 mm. boyutlarında hipoekoik kistik oluşum gözlemlendi (Resim 1). BT de prostat içinde santral yerleşim gösteren belirgin sınırlı, yuvaklak, düşük dansiteli, homojen kistik oluşum demonstre edildi (Resim 2). Sistoüretroskopik inceleme bulguları normaldi. Rektal tuşe kılavuzluğunda prostat iğne biyopsisi tekniğine benzer şekilde 22 gauge ponksiyon iğnesi ile transperineal yolla girilerek yaklaşık 10 cc berrak sıvı aspire edildi. Sıvının kültüründe üreme olmadı ve sitolojik incelemesi normaldi. Hastanın 1 ay sonraki kontrolünde rektal incelemede prostat normal olup ultrasonografide kist tespit edilemedi.

TARTIŞMA

Ürolojik semptomatolojide hematospermi sık görülen bir yakınma değildir, bununla birlikte rektal incelemede prostat üzerine veya onun hemen üstünde, mesane ile rektum arasındaki kistik bir kitle de palpe edildiğinde genital sistemi ilgilendiren bir kistin varlığından nadir de olsa şüphe edilmelidir. IVP, voiding sistoüretrogram, retrograt üretrogramlar kist hakkında indirekt bulgular verebilirler, ancak normal olmaları kistin varlığını ekarte ettirmez. Sistoüretroskopi de benzer şekilde tanıya ipuçları verebilir. Bilateral vazografi özellikle vezikula seminalis, ejakulatuvar kanal ve duktus deferens kistlerinde tanısaldır (1). Prostatik utrikül kistinde ise vezikula seminalisler normaldir, fakat her iki ejakulatuvar kanal kistik kitleyi saracak şekilde laterale doğru yaymaya gösterirler (2). Ayrıca utriküler kist, utrikülün retrograt kateterizasyonu ve kontrast madde enjeksiyonu ile gösterilebilir, fakat bu yöntem hem invazivdir, hem de her zaman utriküler orifisi görmek mümkün değildir (3). Görüldüğü gibi klasik radyolojik çalışmalar bazı anormallikler göstermekle birlikte her zaman tanı koydurucu olmamakta, bunun yanında invaziv olmaları nedeniyle de morbiditeyi artırmaktadırlar. Sunduğumuz olguda rektal incelemede saptadığımız prostatik kitlenin ultrasonografi ile prostat bezi üzerinde, BT de ise prostat içine sınırlı ve santral yerleşimde olduğu görülmektedir. Bu BT görünümüyle prostatik kist; vezikula seminalis, ejakulatuvar kanal ve vaz deferens gibi muhtemel kist kökeni olabilecek anatomik oluşumlardan kolayca ayırd edilebilmektedir. Bu bulgularla değerlendirdiğimizde prostat bezinde santral yerleşim

gösteren ve prostat içine lokalize olan bu kist utriküler kökenlidir. Prostatik utrikül verumontanum apeksinden prostatik üretra bölgesine açılan küçük potansiyel bir boşluktur. Kadınlarda vajenin karşılığıdır, ancak erkeklerde bilinen bir fonksiyonu yoktur. İngilizce literatürde 1978 yılına kadar bildirilen 69 prostatik utriküler veya müller kanalı kisti olguları toplu olarak değerlendirilmiştir (3). Bu olgularda alt üriner sistemin irritatif semptomları % 42, obstrüktif semptomları % 29, üriner retansiyon ve hematüri % 16, abdominal ve perineal ağrı % 13, üretral akıntı % 10 ve impotans % 3 oranında bildirilmiştir. Fizik bulgular; rektal kitle % 53, pelvik veya abdominal kitle % 16 ve epididimit % 11 oranında tespit edilmiştir. Hastalığa hipospadias % 27, inmemiş testis % 20 ve renal agenezi % 10 gibi konjenital anomaliler de eşlik edebilmektedir (3, 4). Bizim olgumuzda hematospermi başlangıç semptomudur, birlikte rektal kitle ve mikroskopik hematüri vardır, bununla birlikte üriner sistemin irritatif veya obstrüktif herhangi bir semptomu yoktur. Eksternal genital organlar da normaldir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda prostatik utriküler kistlerle müller kanalı kistlerinin önceden bildirilenlerin aksine farklı iki klinik antite olduğu kabul edilmiştir (2, 5, 6). Çünkü müller kanalı kisti embriyolojik olarak mezodermal, prostatik utriküler kist ise ürogenital sinüsten kökenlendiği için endodermal kökenlidir. Müller kanal kist orta hat yerleşimi göstermemekle birlikte daha büyüktür ve mesane boynunda obstrüksiyon yapacak derecede prostat dışına uzanabilir (3, 7, 8, 9). Bizim olgumuzda BT görünümünün de çok iyi demonstre ettiği gibi prostatik kist prostat içine sınırlı ve santral yereleşimlidir (10). Bu yönüyle müller kanalı kistinden ayrılabilir. Vezikula seminalis kisti utriküler kistten farklı olarak genellikle daha lateral yerleşimde ve BT görünümleriyle mesanenin posterolateral duvarı arkasındadır (1). Ejekulatuvar kanal kisti oldukça nadir olup wolf kanal sistemi kökenlidir, orta hatta ancak retroprostatik ve retrovezikal yerleşimlidir (1, 11). Prostat bezinin retansiyon kisti genellikle prostat bezinin lateraline yerleşmiştir. Prostatik apse ise hemen daima semptomatik olup BT görünümü düşük atenüasyon değeri veren sınırlı bir kitle şeklindedir (12). BT de prostat içinde defektif kistik görüntü genişlemiş arka üretraya, açık ve kapalı prostat ameliyatlarından sonra genişlemiş kanal şeklinde kalan prostatik loja bağlı olabilir, ancak klinik öykü ve sistoüretrografi ile kolayca ayırt edilebilir. Prostatik utriküler kistler ayrıca mesane divertikülünden, ekinokok kistinden, teratomdan ve retroperitoneal tümörlerden ayırt edilebilirler.

Prostatik utriküler kistlerin hepsi tedavi gerektirmemekle birlikte, özellikle büyük ve semptomatik olanları tedavi edilmelidirler (3). Perkutanöz girişimler daha az invaziv, uygun, çabuk ve gerektiğinde tekrarlanabilirler (13). Bizim olgumuzda da uyguladığımız gibi transperineal yolla kistin boşaltılması en sık uygulananıdır. Büyük kistlerde (Müller kanalı kistinde olduğu gibi) sistoskopi ve ultrasonografi eşliğinde transvezikal aspirasyon uygulanabilir. Perkütan endoürolojik tekniklerle kist içine bir kateter yerleştirilip kist boşaltıldıktan sonra kist içine sklerozan madde enjekte edilebilir. Bu işlem transrektal yolla da yapılabilir (3). Utriküler ve müller kanalı kistlerinin tedavisinde transüretral yöntemler de uygulanabilir. Her zaman başarılı olmamakla birlikte endoskopik olarak utriküler orifisten girilerek kist boşaltılabilir. Rezektoskopiyla trigon

üzerinden veya mesane duvarından girilerek kiste ulaşmak mümkündür ancak bu işlem sırasında ureter travmalarından kaçınılmalıdır (3). Bazen de çizilen mesane duvarından kiste ulaşılmayabilir. Tedavide önceleri daha sık olarak uygulanan açık girişimler de önerilmektedir. Açık cerrahi transperineal, transvezikal ve transsakral yollarla yapılabilir (3).

Biz daha az invaziv olması, kolay ve çabuk uygulanması, gerektiğinde tekrarlanabilmesi nedeniyle prostatik kistlerin perkütan girişimlerle tedavisinin daha uygun olacağına inanıyoruz. Hastaların izlenmesinde ise noninvaziv uygulanabilen ultrasonografiyi öneriyoruz.

ÖZET

Ultrasound ve BT ile tanı konulan ve hematospermiye yol açan bir prostatik utriküler kist olgusu sunulup ilgili literatürle tartışıldı.

SUMMARY

A case presented with hematospermia due to prostatic utricular cyst diagnosed with ultrasound and computed tomography is reported and has been discussed with relevant literature.

KAYNAKLAR

- 1- Elder, J.S., Mostwin, J.L.: Cyst of the ejaculatory duct/urogenital sinus. J. Urol., 132: 768-771, 1984.
- 2- Foppel, H.V., Vereecken, R., De Getter, P., Veruduyn, H.: Hemospermia owing to utricular cyst: embryological summary and surgical review. J. Urol., 129: 608-609, 1983.
- 3- Schuhrke, T.D., Kaplan, G.W.: Prostatic utricle cyst (Müller duct cyst). J. Urol., 119: 765-767, 1978.
- 4- Devine, C.J., Gonzalez-Serva, L., Stecker, J.F., Devine, P.C., Horton, C.E.: Utricular configuration in hypospadias and intersex. J. Urol., 123: 407-411, 1980.
- 5- Sharlip, I.D.: Obstructive azoospermia or oligospermia due to müllerian duct cyst. Fertil Steril, 41: 298-303, 1984.
- 6- Williams, P.L., Turner-Warwick, R.: Gray's Anatomy, 36th ed. Philadelphia, W.B. Saunders C., p. 210, 1980.
- 7- Smith, J.A., Middleton, R.G.: Surgical approach to large müllerian duct cyst. Urology, 14: 44-46, 1979.
- 8- Aragona, F., Spinelli, A., D'elia, F.: Urinary retention due to a müllerian duct cyst: role of the ultrasonically guided fine needle aspiration in diagnosis and treatment. J. Urol., 134: 364-366, 1985.
- 9- Tank, E.S., Hatch, D.A.: Müllerian remnant causing bladder outlet obstruction. J. Pediatr., 21: 77-80, 1986.
- 10- Schwartz, J.M., Bosniak, M.A., Hulnick, D.H., Megibow, A.J., Radhavendra, B.N.: Computed tomography of midline cysts of the prostate. J. Comput. Assist. Tomogr. 12: 215-218, 1988.
- 11- Schwartz, M.L., Kenney, P.J., Bueschen, A.J.: Computed tomographic diagnosis of ectopic ureter with seminal vesicle cyst. Urology, 31: 55-56, 1988.
- 12- Dennis, M.A., Donohue, R.E.: Case report. Computed tomography of prostatic abscess. J. Comput. Assist. Tomogr., 9: 201-202, 1985.
- 13- Felderman, T., Schellhammer, P.F., Devine, C., Stecker, J.F.: Müllerian duct cysts: conservative management. Urology, 29: 31-34, 1987.