

# VEZİKÜLA SEMİNALİSE AÇILAN BİR ÜRETERAL EKTOPİ OLGUSU

A CASE OF URETERAL ECTOPIA DRAINING INTO THE SEMINAL VESICLE

ÖNOL Y., ERDEN D., İŞERİ C.

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği

## ÖZET

Seminal traktusla ilişkili üreteral ektopi olguları son derece nadirdir. Veziküla seminaliste sonlanan ektopik üreter ofisi ise daha da nadir olup kendine özgü bir semptomatoloji ve fizik inceleme bulgusu söz konusudur.

Veziküla seminalise açılan bir üreteral ektopi olgusu sunulup, tanı kriterlerinin önemi vurgulanmıştır.

## SUMMARY

Ectopic ureters, ending at the seminal tracts are rare anomalies. Ureteral ectopia draining into the seminal vesicle is even more rare and presents special diagnostic features. A case of ureteral ectopia draining into the seminal vesicle is reported with special emphasis on the importance of diagnostic criteria.

## GİRİŞ

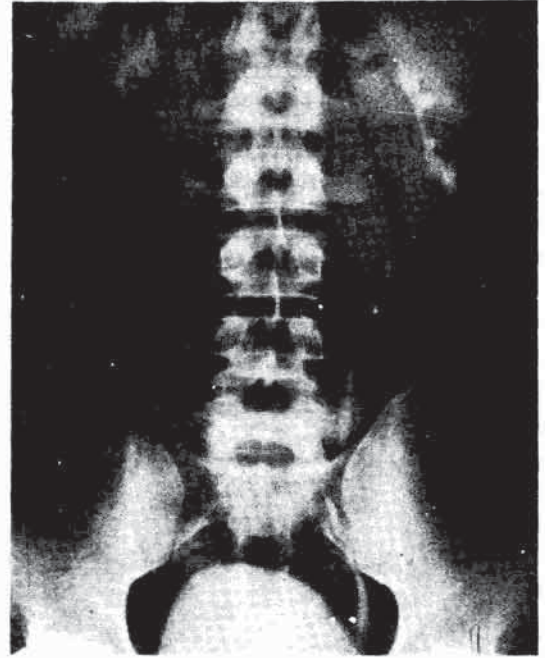
Seminal traktusa açılan ektopik üreter, oldukça ender görülen bir doğmalık anomalidir. Kadınlarda ve kız çocuklarında, enürezis ve üriner enfeksiyon sık görülen belirtiler olup tanı daha kolay iken, erkeklerde ektopik orifis genellikle eksternal üriner sfinkter proksimalinde ve genital traktusta yer aldığından belirgin semptomatoloji mevcut değildir. Seminal veziküle açılan ektopik üreteral orifis tanısı koyup tedavi ettiğimiz bir olgu nedeniyle, tanı kriterlerinin önemini vurgulamak istiyoruz.

## OLGU

19 yaşında erkek hasta, spermin kanlı oluşu ve skrotumda solucansı oluşumlar şeklinde tanımladığı kitleler nedeniyle 1985 yılında başvurdu. Fizik incelemede, sağ hemiskrotumda vaz de-

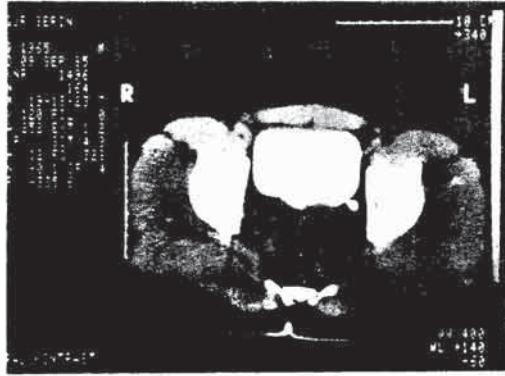
ferans, ileri derecede geniş ve tortüöz olarak palpe ediliyordu. Rektal dijital incelemede ise, posteriorda lümenin yarısını oblitere eden yumuşak kitle palpe edildi. Bunun üzerine hastaya rektoskopik inceleme yapıldı ve rektal patoloji saptanmadı. Hastanın kan biyokimyası ve eritrosit sedimentasyon hızı normal sınırlarda idi.

İdrar tetkiki normal sınırlarda olup, idrar kültüründe üreme yoktu. Ürografik incelemede sağda geç grafiler dahil olmak üzere fonksiyon gözlenmezken, sol böbrekte kompansatris hipertrofi gözlemlendi (Resim 1).



Resim 1- IVP'de sağda fonksiyon izlenememekte, solda ise kompansatris hipertrofi görülmektedir.

Kompüterize aksiyel tomografinin pelvik kesitlerinde, mesane sol arka duvarına ve rektum sol ön duvarına komşu veziküla seminalisle devamlılığı olan 7x5 çapında solid yapıda bir kitle görüldü (Resim 2).



Resim 2- Preoperatif CAT scan pelvik kesitlerinde, sağda mesane ile rektum arasında, bu taraftaki veziküla seminalis ile devamlılık gösteren kitle izlenmektedir. Solda üreter vizüalize olurken, sağda üreter görülmemektedir.

Hastaya, sağ ektopik üreter ön tanısı ile ve sağ alt paramedian kesi ile retroperitoneal eksplorasyon yapıldı. sağda, pelvik ve displazik bir böbrek tesbit edildi. Yapılan disseksiyonda sağ üreterin genişlemiş olan sağ veziküla seminalise açıldığı gözlemlendi ve sağ nefroureterektomi + sağ seminal vezikülektomi yapıldı. Postoperatif dönemde sorunsuz seyreden hasta 7. günde taburcu edildi. Kontrol kompüterize aksiyel tomografide kitlenin tamamen kaybolduğu ve sol veziküla seminalisin mevcudiyetine karşın, sağ veziküla seminalisin mevcut olmadığı izlendi (Resim 3).



Resim 3- Postoperatif CAT scan pelvik kesitlerinde, sağ tarafta daha önce izlenmekte olan kitlenin, sağ veziküla seminalis ile birlikte yok olduğu görülmektedir.

Üreteral ektopiye neden olan embriyolojik defekt çeşitli yazarlarca açıklanmaya çalışılmıştır (1,2). Bilindiği gibi, embriyonik yaşantının 4. haftasında, mezonefrozun belirli bir noktasından, daha sonra metanefrik blastemle birleşip o taraftaki reno-üreteral üniteyi oluşturacak olan üreter tomurcuğu gelişmektedir. Daha sonra, üreter tomurcuğu kaudal migrasyon ile, ürogenital sinüse absorbe olmakta ve üreter orifisi trigondaki yeri almaktadır. Üreter tomurcuğunun, mezonefroz üzerinde, normalde olduğundan daha kranyal bir pozisyonda gelişmesi durumunda ise kaudal migrasyon ürogenital sinüs absorpsiyonunu sağlayamamakta ve üreter orifisi erkeklerde, mezonefrozun oluşturduğu posterior üretra veya seminal traktusa, yani ejakülatuar kanal, veziküla seminalis veya vaz deferense açılmaktadır. Erkeklerde görülen genital üreteral ektopilerin; epididimit, hematüri, renal kitle, seminal kitle, üriner enfeksiyon gibi belirtiler verdiği bildirilmiştir (3,4,5). Kızlarda ise ektopik üreterlerin çoğu, vajen, üretra veya vestibüle açıldığından, enfeksiyon ve enüresis sık görülen semptomlardır (6).

Olgumuzun başvurma nedeni daha önce belirtilenlerden değildir. Hastada epididimit, hematüri ve üriner enfeksiyon mevcut değilken, hemospermi ve vaz deferens dilatasyonuna bağlı skrotal kitle mevcuttur. Yine, ancak veziküla seminalise doğrudan açılan üreter orifislerinin neden olduğu seminal kitle mevcuttur ve diğer belirtiler beklenen tipik belirtiler arasında olmadığı halde, rektal incelemenin gerekliliğinin düşünülmüş olması sayesinde kitle saptanmış ve diğer patolojiler ekarte edildikten sonra eksplorasyon öncesi doğru klinik tanı konulabilmiştir.

Veziküla seminalise açılan ektopik üreter olguları oldukça nadirdir. Bu konuda en geniş seriyi yayımlayan Okuyama ve ark. 300 olguda ancak 3 adet (7), Gill 28 olguda 2 adet seminal traktus açılımlı üreteral ektopi olgusu bildirmiştir (8). Mandell ve ark. ise 48 ektopi olgusunun hiçbirinde seminal traktus ilişkisi saptayamamışlardır (9).

Sonuç olarak, bu konuda mevcut yayınlar olgu sunusu olmaktan öteye gidememiştir. Veziküla seminalise açılan ektopik üreter olguları ise daha da nadirdir.

Seminal traktusla ilişkili üreteral ektopide, semptomatoloji ve fizik inceleme bulguları değişkenlik gösterebilmektedir. Örnek olarak sunduğumuz olgu, aynı patolojinin bulunduğu hastaların sıklıkla başvurduğu, üriner enfeksiyon veya epididimit nedeniyle müracaat etmemiştir. Bu nedenle, semptomların şüpheli olduğu erkek ço-

cuk ve genç erkeklerde, skrotal ve rektal inceleme titizlikle yapılmalı, şüphenin sürmesi veya olumlu bir bulgu saptanması halinde ise IVP, ultrasonografi, kompüterize aksiyel tomografi gibi incelemelerin bir veya birkaçına başvurulur, patoloji mutlaka açıklanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Tanagho, E.A.: Embryologic basis for lower ureteral anomalies: A hypothesis. *Urology*.7:451,1976.
2. Mackie, G.G.: Abnormalities of the ureteral bud. *Urol. Clin. North Am.* 5: 161,1978.
3. Williams, C. B., Litvak, A.S., and Mc Roberts, J.W.: Epididymitis in infancy. *J.Urol.*,121:125,1979.
4. Reisman,D.D.: Epididymitis owing to ectopic ejaculatory duct: a case report. *J. Urol.* ,117 :540, 1977.
5. Das,S. and Amar, A.D.: Extravesical ureteral ectopia in male patients.*J.Urol.*,125:842,1981.
- 6- Umeyama, T., Kawamura, T., Hasegawa,A. and Ogawa,A.: Ectopic ureter presenting with epididymitis in childhood: Report of 5 cases. *J.Urol.*,134:131,1985.
- 7- Okuyama, A., Nagona, S., Takaha, M. and Ikoma, F.: Ectopic ureteral opening: review of the literature of 330 cases in japan. *Acta Urol. Jap.*,18:319,1972.
- 8- Gill, B.: Ureteric ectopy in children. *Brit. J. Urol.*, 52:257,1980.
- 9- Mandell,J., Bauer, S. B., Colodny, A. H., Lebowitz, R. L. and Retik, A. B.: Ureteral ectopia in infants and children. *J. Urol.*, 126:219,1981.

## DUYURU

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Üroloji Anabilim Dalı ve ESWL-  
Endoüroloji Derneği tarafından  
düzenlenen 2. Ulusal Litotripsi  
Sempozyumu 7-10 Mayıs 1992  
tarihleri arasında Ankara'da  
yapılacaktır.

Sayın üyelerimize duyurulur.