

Ender Görülen Retrorektal Kistik Kitleler Üç Olgu

Dr. Alper ŞAĞBAN (1), Dr. Hasan BEKTAŞ (2), Dr. Arslan KAYGUSUZ (3)

ÖZET

Retroperitonda görülen kistik kitleler neoplastik ve nonneoplastik olarak ikiye ayrılır. Tailgut kist ve kistik teratom bunlar içinde oldukça nadir görülenlerdir. Tailgut kisti pekçok yayında selim olarak rapor edilse de, sık olmamakla birlikte habis değişim gösterebilmektedir. Matür kistik teratom ya da dermoid kist en fazla presakral bölgede (%57) görülür. İkinci sıklıkta gonadlarda yani kadında over erkekte testiste rastlanır ve retrorektal alanda görülmesi oldukça nadirdir. Perianal bölgede ağrı veya tekrarlayan pilonidal sinüs olgularında talgut kisti veya kistik teratom araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Rektorektal, tailgut, kistik teratom

SUMMARY

Retrorectal cystic masses

In this case report we presented rare retrorectal cystic masses With three cases.

Keywords: Rectorectal, tailgut, cystic teratoma

GİRİŞ

Retrorektal kistik kitleler, retroperitoneal alanda gelişirler ve bu alan majör organların dışında olduğundan tanı konulması zordur. Talgut kisti ve kistik teratom bunlar içinde oldukça nadir görülenlerdir. Tailgut kisti pekçok yayında selim olarak rapor edilse de, sık olmamakla birlikte habis değişim gösterebilmektedir (2). Tailgut kisti; nadir görülen konjenital multikistik lezyondur. Gestasyonun elli altıncı gününde distal tailgut anüs çevresine invagine olur. Müsin sekrete eden kolumnar ve transiyonel epitel içerir. Histolojik olarak matür kistik teratom ve duplikasyon kistinden ayrılması gerekir. Matür kistik teratom saç ve diğer matür dokuları içerir. Duplikasyon kistinin belirleyici özelliği ise kriptler ve villus gibi erişkin gastrointestinal sistem epiteli içermesidir (3). Tanıda sonografi (rektal sonografi daha değerlidir) kulla-

nılabirse de bilgisayarlı tomografi (BT) magnetik rezonans ile birlikte tanıda en değerli yöntemdir (2,4,5).

OLGU 1

Yirmisekiz yaşında bayan hastaya iki ay önce başlayan perianal ağrı nedeniyle yapılan tetkikler sırasında istenen vaginal USG'de retrorektal alanda 83x66 mm boyutlarında kistik kitle görülmüş. Daha sonra çekilen MR bu bulguyu doğrulamış. CEA ve alfa-fetoprotein (AFP) testleri normal olan hastaya: göbek altı median insizyonla kitle çevre sağlam dokularla birlikte total eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu Tailgut kisti idi.

OLGU 2

Otuzüç yaşında bayan hastaya uzun süredir kronik kabızlık şikayeti ile yapılan tetkikler sırasında çekilen B.T. sonucunda rektorektal bölgede 20x25x20 mm boyutunda kistik kitle görülmüş. Ardından çekilen MR sonucunda rektorektal bölgede rektumun etrafını saran 15x10x15 mm boyutunda kistik kitle tanısı doğrulanmış. Posterior yaklaştıkça koksikte eksize edilerek rektum

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Klinikleri III. Cerrahi Kliniği (1),

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Klinikleri II. Cerrahi Kliniği Uzmanı (2)

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Klinikleri (3) III. Cerrahi Kliniği Şefi İstanbul

duvarına yapışık kitle total eksize edildi. Histopatolojik tanısı Tailgut kisti idi.

OLGU 3

Kırkbeş yaşında erkek hastaya iki sefer pilonidal sinüs nedeniyle ve pekçok kez de pilonidal sinüs absesi nedeniyle operasyon yapılmış. Nüks pilonidal sinüs nedeniyle interne edilen hastaya metilen mavisi verilerek eksizyon yapıldı. Histopatolojik tanısı matür kistik teratom olarak geldi.

TARTIŞMA

Retrorektal aralığın sınırlarını önde rektum, arkada sakrum, üstte periton, altta levator ani ve koksiks kası ve lateralde ureterler ve iliak arterler çizer. Bu alan pekçok ve farklı türlerde konjenital, inflamatuvar ve malign hastalıkların götülebildiği bir bölgedir. Oturmada rahatsızlık, rektal kanama, bası ile ilgili değişik semptomlar verir. Ef,er infekte olmuşsa pilonidal kist, anorektal fistül ya da tekrarlayan retrorektal abselerle kaçıma çıkabilir (6,7). Tailgut kisti rektum ve sakrum arasında yerleşiktir. Tailgut kisti epitelden kenjine has çizgi ile ayrılır. Sıklıkla kadınlarda ve genellikle orta yaşta görülür (1). Kist bazen malign değişim göstermekle birlikte sıklıkla benignedir (8). İnsidental saptanan bulgular; oturmada rahatsızlık, barsakların boşaltılmasında zorluk, ve idrar retansiyonudur. Tedavi stratejisini belirlemek ve malignansiye görebilmek için CEA ve CA 19-9 seviyelerine bakmak gerekir (2). Kistlerin %50' si insidental olarak normal fizik muayene sırasında bulunur. Direkt racyografi yumuşak doku kitlesini ve kemikteki yıkıcı değişiklikleri gösterebilir. Baryumlu grafi rektuma basıyı gösterebilir (9, 10, 11). Transrektal sonografi rektal ve perirektal kitleleri göstermede kullanılabilir. Hem ucuz olması hemde noninvazivoluşu avantajıdır. Diagnostik biyopsi kistik kitlelerde genellikle tanısız değildir. Sadece bazı olgularda habaseti tespit edebilir. BT ise lezyonun yerleşim yerini belirlemede ve kistik kitleyi sıvı ve yumuşak dokuları dansitelerini farklı göstermede üstündür. Tailgut kistin cerrahi tedavisinde kabul görmüş iki yaklaşım vardır. posterir yaklaşım ve anterior yaklaşımdır (7,12). Kist üzerinde gelişecek tümörün nöroendokrin bi-tümör olması, adenokarsinoma göre prognozu olumsuz etkiler. Ayrıca presakrallezyon varlığı, cerrahi ekibin komple rezeksiyon konusundaki performansı, tümör histolojisi diğer prognostik faktörlerdir (13,14).Cerrahi tedavide eğer kitle sakral4. vertebra altında lokalize ise posterior yaklaşım yukarıdaysa anterior yaklaşım küçük bir kitle ise transvaginal yaklaşım yapılabilir. Kitlenin

yerleşimine göre hem anterior hem de posterior yaklaşımı uygulayanlar vardır (9, 10, 11). Dermo id ki st bütün germ hücrelerinden parçalar taşıyabilir ancak genelde baskın olan ektoderm tabakasıdır. Bu nedenle deri ve deri eklerine ait kısımlar daha fazla görülür. Deride bulunan sebace salgı bezleri dermoid kist içinde de bulunduğundan kist sıvısı koyu kıvamı, sarı-kahverengi renk, yağlı, yoğun bir sıvıdır. Kist içinde çoğu zaman saç, kıl, diş, kemik, kırıldak, sinir gibi dokular bulunur. İçerisinde yoğun olarak tiroid dokusu içermesi durumunda kişide tiroid hormonlarının aşırı salgılanması söz konusu olur. Bu durumda patolojiye struma ovarii adı verilir ve hipertroidi bulguları ortaya çıkar. Boyutları çok değişikdir ve birkaç santimetreden yarım metreye kadar değişebilir (15).

Sonuç olarak jinekolog , ürolog ve cerrahların orta yaşta kadın hastalarında görülen ve medikal tedavi ile gerilemeyen perianal ağrı, otururken rahatsız olma hissi, idrar şikayetleri, rektal kanama, kabızlık, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarında ve c.mahların tekrarlayan pilonidal sinüslerde retrorektal kistik kitleleri nadir görülselerde tanıda akıllarında tutmalarının faydalı olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- 1- **Dal Mo Yang, Dong Hae Jung, Hana Kim, et al.** Retroperitoneal Cystic Masses: CT, Clinical, and Pathologic Findings and Literature Review RadioGraphics 2004; 24: 1353-65
- 2- **Byoung Chu I Cho, Nam Kyu Kim, Beom Jin Lim et al.** A Carcinoembryonic Antigen Secreting Adenocarcinoma Arising in Tailgut Cyst : Clinical Implications of Carcinoembryonic Antigen. Yonsei Medical Journal :2005; 46: 555-61
- 3- **D Costello, A Schofield, R Stirling, et al.** Extrarectal mass: a tailgut cyst. J. R. Soc. Med. 2000; 93: 85-86
- 4- **Lim KL, Hsu WC, Wang CR** Tailgut cyst with malignancy: MR imaging findings. Am J Roentgenol 1998; 170: 1488-90
- 5- **Johnson AR, Ros PR, Hijermstad BM, Tailgut cyst Diagnosis with CT and Sonography.** Am J Roentgenol 1986; 147: 1309-11
- 6- **Kang JW, Kim SH, Kim KW, et al.** Unusual perirenallocation of a tailgut cyst Korean J Radiol 2002; 3: 267-70
- 7- **Hijermstad BM, He1wing EB, Tailgut cyst; report of 53 cases.** Am J Clin Pathol 1988; 89: 139-147
- 8- **Killingworth C, Gadacz TR, Tailgut cyst (retrorectal cystic hamartoma) : report of a case and re-**

- wiev of the literatüre. Am. Surg. 2005; 71: 666 .. 73
- 9- **Hutton KAR, Benson EA**, Case Report: Tailgut Cyst- Assesment with Transrectal Ultrasound. Clin Radiol 1992; 45: 288-89
 - 10- **Spencer RJ, Jackinan RJ**. Surgical management of precoccygeal cysts. Surg Gynec Obstet. 1962; 449-452
 - 11- **Prasad AR, Amin MB, Randolph TL, et al**. Retrorectal cyst-hamartoma. Report of 5 cases with malignant arising in 2. Arch Pathol Lab Med. 2000; 124: 725-29
 - 12- **Mourra N, Caplin S, Parc R, et al**. Presacral Neuroendocrine carcinoma Developed in a Tailgut cyst : report case Dis Colon Rectum. 2003 ;45 : 411-13
 - 13- **Horenstein MG, Erlandson RA, Gonzalez-Cueto DM, et al**. Presacral carcinoid tumors: report of three cases and review of the literatüre. Am J Surg Pathol. 1998; 22: 251-55
 - 14- **Jao SW, Beart RW Jr, Spencer RJ, et al**. Rectorectal turnorso Dis Colon Rectum. 1985; 28: 644-52
 - 15- **Shafer WG, Hire MK, Levy BM**. A Text Book of Oral Pathology. Philedelphia, WB Saunders. 194; 78-79