

Nadir Bir Retrorektal Kist Sebebi: Endometrial Doku İçeren Teratom

Cengiz Ara*, Sacit Çoban*, Eren Mecit*, Dinçer Özgör*, Sezai Yılmaz*, Vedat Kırımhoğlu*

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Malatya

Retrorektal kist retrorektal alanda bulunan en yaygın konjenital anomalilerden biridir. Retrorektal kistin en önemli komplikasyonları fistüle sekonder enfeksiyon ve retrorektal kistin malign dejenerasyonudur. Bu olguda retrorektal kistin ayırıcı tanısı ve cerrahi tedaviyi sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Retrorektal kist, Abdominosakral rezeksiyon.

A Rare Cause of Retrorectal Cyst: Teratoma Containing Endometrial Tissue

Retrorectal cystic lesions are rare in adults and are the most common congenital entity encountered in the retrorectal space.^{1,2} The most important complications of these cysts are infection with a secondary fistula and malignant degeneration of the retrorectal cysts.^{3,4} In this article we present differential diagnosis and surgical treatment modalities for retrorectal cysts.

Key Words: Retrorectal cyst, Abdominosacral resection.

Retrorektal kist retrorektal alanda bulunan en yaygın konjenital anomalilerden biri olup erişkinlerde nadir görülür.^{1,2} Retrorektal kistin en önemli komplikasyonları fistüle sekonder enfeksiyon ve retrorektal kistin malign dejenerasyonudur.^{3,4} Retrorektal kist olduğu tespit edilen 22 yaşındaki kadın hastaya abdominosakral yaklaşımla kitle eksizyonu yapıldı. Bu olguda retrorektal kistin ayırıcı tanısı ve cerrahi tedavi ilkelerini sunmayı amaçladık.

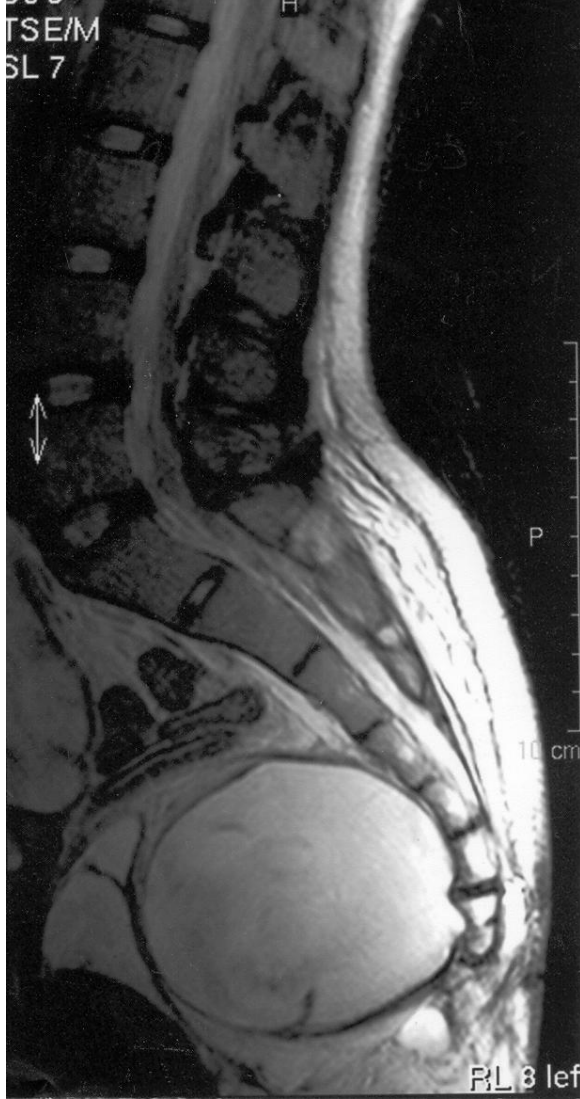
OLGU:

Yirmi iki yaşında kadın hasta beş gündür devam eden kuyruk sokumunda ağrı ve şişlik şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yakınmaları oturur pozisyonda artarken ayakta durduğu zaman ise ağrılar azalıyor ve ekstremitelerde uyuşma ortaya çıkıyormuş.

Hastanın özgeçmişinde dört aylıkken retrorektal kist nedeni ile operasyon hikayesi mevcuttu. Bu operasyonla ilgili operasyon bilgisi ve histopatolojik bilgilere ulaşılamadı. Sakrokoksigeal bölgede sınırları net seçilemeyen yumuşak kıvamda kitle palpe edildi. Dijital rektal muayenede rektuma posteriordan bası yapan yumuşak kıvamda kitle palpe edildi. Bu bölgenin ultrasonografisinde cilt-ciltaltı dokuda barsak segmentleri izlenmekte olup herni lehine değerlendirildi. Daha sonra hastaya sırasıyla pelvik CT ve MR yapıldı. Pelvik MR'da sakrum inferior kesimde presakral alanda ekstraperitoneal yerleşimli yaklaşık 8x8 cm boyutlarında lobule konturlu kapsül formasyonu gösteren kistik lezyon saptandı. Lezyon içerisinde septalar mevcuttu. Lezyonun dural kese ve sakrum ile bağlantısı bulunmamaktaydı. Müsküler yapılar ile olan ara planları korunmuştu.

Hastaya abdominosakral yaklaşım uygulandı. Eksplorasyonda retrorektal alanda yaklaşık 13x14x15 cm'lik yumuşak kıvamda kistik lezyon tespit edildi. Total kistik kitle eksizyonu yapıldı. Eksizyondan sonra kist açıldı ve kistin enfekte olduğu görüldü. Kistik kitlenin histopatolojisinde retrorektal kist olduğu tespit edildi. Hastada post-operatif dönemde yara enfeksiyonu gelişti. Bu enfeksiyon tedavi edildikten sonra post-operatif yirmi beşinci günde sorunsuz taburcu edildi. Kontrol amacı ile post-operatif dördüncü ayda çekilen pelvik MR normaldi.

Şekil 1: Yirmi iki yaşında kadın hastanın pelvik MR'ında presakral alanda ekstraperitoneal yerleşimli yaklaşık 8x8 cm boyutlarında kistik lezyon izlenmekte.



TARTIŞMA

Birçok neoplastik ve non-neoplastik hastalığın retrorektal boşlukta olduğu bildirilmiştir.⁵⁻⁷

Çocuklarda teratomlar bu bölgede en sık görülen lezyondur. Erişkinlerde ise kordoma ve retrorektal kistler sık görülür.^{5, 7, 8} Retrorektal kistler literatürde çeşitli isimlerle tanımlanır. Bunlar: post-anal intestin kisti, mukus sekrete eden kist, basit kist, rektumun

myoepitelyal hamartomu ve retrorektal kistik hamartomadır.^{5,7-9}

Retrorektal kist insidensi orta yaşlı kadınlarda sıktır.⁸ Fakat yenidoğan dönemi dahil herhangi bir yaşta da görülebilir.^{8,10} Bizim olgumuz da muhtemelen çocukluk döneminde ortaya çıkmış ancak o zaman opere edilmişti. Şu anda ortaya çıkma yaşı her ne kadar yirmi iki ise de bu muhtemelen doğal seyir olarak önceki kistle alakalıydı.

Retrorektal kistlerde en sık görülen semptom otururken ağrı ve rektal kanamadır.⁷ Bizim olgumuzda da başvuru semptomu oturur pozisyonda ağrı ve daha önceki olgularda da belirtilmiş olan post-anal bölgede şişlik hissiydi.

Retrorektal kistler cilt yüzeyi ile ilişkili olabilir. Bu kistlerin yaklaşık olarak 1/3'ü enfekte olur.¹⁰ Bizim olgumuzda da kitle eksizyonu tamamlandıktan sonra kist açıldığında enfekte olduğu görüldü.

Retrorektal kistin en önemli komplikasyonu enfeksiyon ve malign dejenerasyon gelişmesidir.^{3, 4} Enfeksiyon genellikle epidermoid ve enterik kistlerde görülür. Perianal veya anorektal fistül gelişmesine neden olur. Sunulan olgularda malign dejenerasyonun otuz yaşın üzerinde ve enterik kistlerde olduğu görülmüş.^{8,10}

Bu bölgedeki kistlerin tanısını koymada USG, pelvik CT ve MR oldukça faydalıdır.^{4,11}

Retrorektal kistin ayırıcı tanısında teratoma, dermoid kist, rektal kist duplikasyonu, nöroenterik kist düşünülmelidir.^{12,13} Enfekte olgular ise pilonidal kist, anorektal fistül ve rekürren retrorektal abse ile karışabilir.^{14,15} Bizim olgumuzda anamnez, muayene bulguları ve MR bulguları ile bu ayırıcı tanılardan uzaklaşıldı.

Abdominal yaklaşım bu kistlerde her zaman mümkün olmayabilir. Çapı 3 - 4 cm'den büyük retrorektal kistlerde kombine abdominosakral yaklaşımla cerrahi tedavi uygundur.¹⁶ Bu yaklaşım maksimal vasküler kontrol ve sakral sinirleri korumak için de tam bir görünüm alanı sağlar.¹⁷ Retrorektal kist olgularında; rekürrens, malign dejenerasyon ve kronik enfeksiyon riskinden dolayı lezyon total olarak eksize edilmelidir.^{6,9} Sonuç olarak retrorektal kistler nadir görülen vakalardır ve ayırıcı tanıları zordur. Bu olguları yanlış değerlendirmem için bütün hastalara pelvik MR yapılmalıdır. Çapı 5 cm'den büyük kistlerde cerrahi rezeksiyonun abdominosakral yaklaşımla gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Nadir Bir Retrorektal Kist Sebebi: Endometrial Doku İçeren Teratom

#

KAYNAKLAR

#

1. Jao SW, Beart RW, Spencer RJ, Reiman HM, Ilstrup DM. Retro-rectal tumors: Mayo Clinic Experiences 196-1979. *Dis Colon Rectum* 1985; 28:644-652.
2. Uhlig BE, Johnson RL. Presacral tumors and cyst in adults. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 581-596.
3. Willms LS, Rojiani AM, Quisling RG, Mickle JP. Retrorectal cyst – hamartomas and sacral dysplasia: MR appearance. *AJNR Am J Neuroradiol* 1993; 14: 735-746.
4. Lim KE, Hsu WC, Wang CR. Tailgut cyst with malignancy: MR imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 1998; 172: 1488-1490.
5. Kulaylat MN, Doerr RJ, Neuwirth M, Satchidanand SK. Anal duct-gland cyst: Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 103-110.
6. Hannon J, Subramony C, Scott-Conner CE. Benign retrorectal tumors in adults: the choice of operative approach. *Am Surg* 1994; 60:267-72.
7. Uhlig BE, Johnson RL. Presacral tumors and cysts in adults. *Dis Colon Rectum* 1975; 18:581-9.
8. Oren M, Lorber B, Lee SH, Truex RC Jr, Gennaro AR. Anterior sacral meningocele: report of five cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1977; 20:492-505.
9. Johnson AR, Ros PR, Hjerstad BM. Tailgut cyst: diagnosis with CT and sonography. *AJR Am J Roentgenol* 1986; 147:1309-11.
10. Springall RG, Griffiths JD. Malignant change in rectal duplication. *J R Soc Med* 1990; 83:185-7.
11. La Manna L, Ponchio L, Moro G, Parziale A, Ruggiero R, Baldi M, Della Cuna GR, Catona A. Retrorectal tumours: a case report. *Chir Ital* 2002; 54:545-8.
12. Marco V, Autonell J, Farre J, Fernandez-Layos M, Doncel F. Retrorectal cyst-hamartomas. Report of two cases with adenocarcinoma developing in one. *Am J Surg Pathol* 1982; 6:707-14.
13. Gray SW, Singhabhandhu B, Smith RA, Skandalakis JE. Sacrococcygeal chordoma: Report of a case and review of the literature. *Surgery* 1975;78:573-82.
14. Mills SE, Walker AN, Stallings RG, Allen MS Jr. Retrorectal cystic hamartoma. Report of three cases, including one with a perirenal component. *Arch Pathol Lab Med* 1984;108:737-40.
15. Levert LM, Van Rooyen W, Van Den Bergen HA. Cysts of the tailgut. *Eur J Surg* 1996;162:149-52.
16. Gordon PH. Retrorectal tumors. In:Gordon PH, Niwatwongs S, eds. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. 2nd ed. St Louis, MO: Quality medical publishing; 1999: 428-445.
17. Theuerkauf FJ Jr, Hill JR, ReMine WH. Presacral developmental cysts in mother and daughter: report of cases. *Dis Colon Rectum* 1970;13:127-32.

Yazışma Adresi

Yrd.Doç.Dr.Cengiz Ara
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi
Genel Cerrahi A.D.
Malatya, Türkiye
e-mail:cara@inonu.edu.tr
Posta kodu:44069

#

#