

Presakral Kist: Olgu Sunumu

Presacral Cyst: Case Report

Olcay ESER¹, Yüksel ARIKAN², Serhat KORKMAZ¹, Çiğdem TOKYOL³,
Ergün KARAVELİOĞLU⁴, M. Gazi BOYACI¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahi A.D., Afyonkarahisar

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi A.D., Afyonkarahisar

³Afyon Kocatepe Üniversitesi Patoloji A.D., Afyonkarahisar

⁴Dr. H.İ. Özsoy Devlet Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi, Bolvadin/Afyonkarahisar

ÖZET

Bu makalede presakral bölgede nadir olarak görülen basit kist olgusu sunulmuştur. Altı ay önce başlayan karın ağrısı ve şişlik şikâyetiyle başvuran 30 yaşındaki erkek hastada presakral bölgede lokalize 11X17 cm ebatlarında kistik kitle saptandı. Kistik kitle abdominal insizyonla çıkartıldı. Kistik kitlenin histopatolojik incelemesinde basit kist tanısı konuldu.

Anahtar Kelimeler: presakral bölge, basit kist

ABSTRACT

A rare case of simple cyst at presacral region is presented in this article. An 11X17 cm cystic mass localized at presacral area was established in a 30 year old male patient complaining of abdominal pain and swelling. Cystic mass was removed by abdominal incision. Histopathologic examination of the cyst mass was diagnosed as simple cyst.

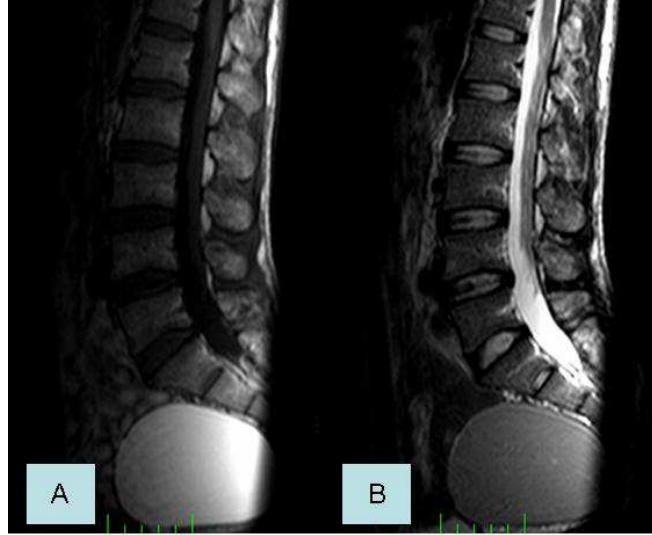
Key Words: presacral area, simple kist

GİRİŞ

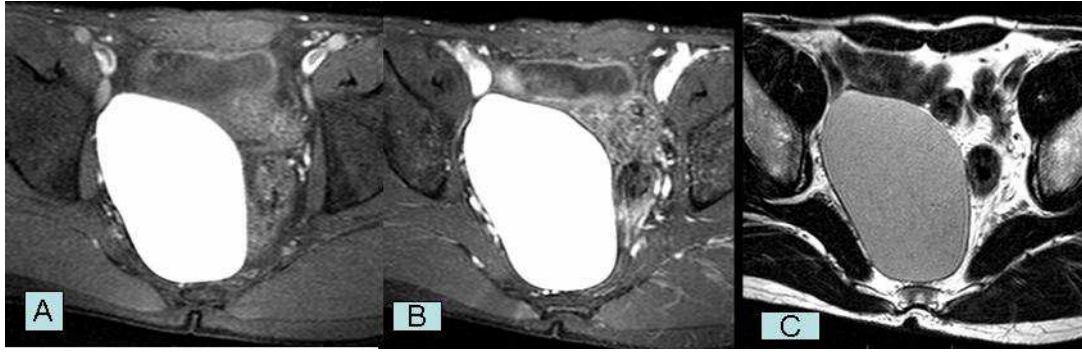
Presakral alan; anteriorda rektumun fasya propiası, posteriorda sakrumun üzerini örten presakral fasya, laterallerde rektum, ureterler ve iliak arterlerin bulunduğu alan olarak tanımlanmıştır (1). Bu bölgedeki kitleler nadiren görülmekte ve insidansı 1/40.000–63.000 olarak bildirilmektedir (2). Bu kitlelerin büyük çoğunluğu benign karakterli olmakla birlikte malign karakterli de olabilmektedirler. Bunlardan gelişimsel kistler erişkinlerde retrorektal alanda en sık izlenen konjenital antitelerdir. Retrorektal gelişimsel kistler başlıca üç grup altında incelenebilir; epidermoid kist (dermoid), rektal duplikasyon kisti ve kistik hamartoma (tailgut kisti). Bu yazıda karın ağrısı ve şişlik şikâyetiyle başvuran ve sakral anteriorda basit kist tanısı alan olgu sunuldu ve ayırıcı tanısı tartışıldı.

OLGU

30 yaşında erkek hasta altı aydır var olan karın ağrısı ve şişlik şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Son zamanlarda bel ve her iki kalçada da ağrısı şikâyeti başlamış. Hastanın fizik ve nörolojik muayenesi normaldi. Kan biyokimyası ve hemogram sonuçları normaldi. Çekilen lomber ve abdominal Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tetkiklerinde; sağ böbrek ve sağ seminal vezikül izlenmedi. Sol böbrek boyutları kompanze olarak artmıştı. Mesane posterosuperior komşuluğunda ağırlıklı olarak orta hat yerleşimli ve sağ parasagittal alanda 11x17 cm boyutunda düzgün konturlu, ince duvarlı, T1 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, T2 ağırlıklı görüntülerde ara intensitede, periferel rimi bulunan, kontrast madde ile duvar boyanması bulunmayan, homojen yer kaplayan kistik lezyon mevcuttu (Şekil 1,2). Kist hidatik için yapılan ekinokok indirekt hemaglutinasyon testi negatif olarak geldi. Hasta genel cerrahi bölümü ile birlikte ameliyata alındı. Retroperitoneal bölgede mesanenin arkasında kistik kitle görüldü ve etrafı dönülerek total çıkartıldı (Şekil 3). Histopatoloji sonucu basit kist olarak rapor edildi.



Şekil 1: a) T1 sagittal MR b) T2 sagittal MR



Şekil 2: Batın MR a) T1*Kontrast c) T2



Şekil 3: Kistin makroskopik görüntüsü

TARTIŞMA

Retrorektal kitleler konjenital ya da akkiz, benign ya da malign olarak sınıflandırılmaktadır. Bu kitlelerin 2/3'ü konjenital olup bunların da 2/3'ü benign olarak bildirilmiştir (3). Retroperitoneal kistlerin patogenezi hakkında, lenfatik, travmatik, parazitik ve müllerian orjinli olabileceği bildirilmiştir (4,5). Retroperitoneal bölgede müsinöz kistadenom, mezotelyal kist, kistik teratom, lenfanjiom, mezonefrik kistadenom, parazitik kistler ve ürinoma görülebilir (6). Bu bölgedeki kistler kistin iç yüzeyini döşeyen epitelle göre isimlendirilmektedirler(7). Bu kistlerin malignite oranları ise %1–3 arasında bildirilmiştir (8).

Retrorektal olarak da isimlendirilen presakral kitleler klinik olarak genellikle sessizdirler. Bu nedenle rektal ya da jinekolojik muayene esnasında tesadüfen saptanmaktadır. Bu bölgedeki kitlelerin klinik olarak sessiz olmasından dolayı genellikle büyük boyutlara ulaştığında tanı konulabilmekte ve abdominal ağrı, karında kitle, rektal doluluk hissi, konstipasyon, dizüri ve nörolojik bozukluklar gibi kitle etkisine bağlı şikâyetlere neden olmaktadır (9,10).

Klinik bulguları çok geniş bir yelpazede olduğu için uzun süren perineal ve bel ağrısı durumlarında akla getirilmelidir. Bu bölgedeki kistlerin ayırıcı tanısında ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yardımcıdır. Ayrıca kistten yapılan ince iğne biyopsisi de tanıya yardımcı olmaktadır. Kist içeriğinin biyokimyasal incelemesi ise tanıya yardımcı değildir (11).

Bizim olgumuzda da ayırıcı tanı olarak kist hidatik, dermoidepidermoid kist, tailgut kisti, lenfanjiom, psödokist ve schwannoma düşünüldü. Hastamızın radyolojik bulgularının kist hidatikin erken dönemdeki üçlü yapısı ve ileri evrelerinde görülen multioküler görünümü ile uyumlu olmaması ve hastanın indirekt ekinokok hemaglutünasyon testinin negatif olması bizi kist hidatikten uzaklaştırdı.

Histolojik incelemede psödokistlerin duvarı bağ dokusundan oluşmakta ve epitelyum içermemektedir. Bizim olgumuzun histolojik incelemesindeyse epitelyum mevcuttu ve bu da bizi psödokistden uzaklaştırdı.

Lenfanjiomlar ise lümeninde düz kas hücresi bulundurmakta ve multikistik görünümlü olmaktadır. Bizim hastamızın histolojik incelemesinde ise düz kas hücreleri mevcut değildi ve multikistik görünümü yoktu.

Tailgut kistler ise embriyolojik hindgut kalıntılarından gelişen genellikle multikistik yapıda, pre-op T1

ağırlıklı MRI görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde ise hiperintens görünmektedir. Bizim hastamızın lomber ve abdominal MRI görüntülerinde ise kistik kitle T1 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, T2 ağırlıklı görüntülerde ara intensitede görünümüyle tailgut kistinden ayrılmaktadır. Ayrıca tailgut kistleri mikroskopide özellikle bronş veya barsak epiteli ile döşeli duvarı ve yine duvarında dağınık düz kas demetlerinin bulunmasıyla öne çıkar. Bu özellikleri ayırıcı tanıda diğer patolojilerden tailgut kistlerini farklı kılar. Bizim olgumuzun histopatolojik incelemesinde ise bu bulgular yoktu.

Dermoid-epidermoid kistler ise histopatolojik incelemelerinde döşeyici epiteli skuamöz epitelyum özelliğindedir. Kist duvarında deri eki varlığında dermoid kist olarak tanımlanırlar ve bunlar en önemli histolojik ayırıcı özelliklerindedir. Ayrıca içerisinde kıl, deri ve diş gibi eklentiler içermektedirler. Hastamızın histolojik incelemelerinde bu tür eklentiler bulunmamaktaydı.

Presakral schwannomaların pre-op görüntüleme yöntemleriyle tanı alması zordur. Schwannomalar daha çok histolojik incelemede Antoni A ve Antoni B hücrelerinin görülmesiyle tanı konulmaktadır. Bizim hastamızın histolojik incelemesinde ise bu tür hücreler görülmemiştir.

SONUÇ

Retrorektal bölgedeki kitlelere yanlış tanı konulması ve uygunsuz cerrahi tedavi edilmesi sonucunda ciddi ve geri dönüşümü olmayan komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle retrorektal kitle ile gelen hastanın tanı için doğru algoritmanın seçilmesi ve uygun cerrahi yöntemle tedavi edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hobson KG, Ghaemmaghami V, Roe JP, Goodnight JE, Khatri VP. Tumors of the retrorectal space. Dis Colon Rectum 2005; 48:1964–1974.
2. Jao SW, Beart RW, Spencer RJ, Reiman HM, Ilstrup DM. Retrorectal tumors: Mayo Clinic experience, 1960–1979. Dis Colon Rectum 1985;28: 644–652.
3. Leventoğlu S, Menteş B.M. Retrorektal tümörler. Kolon Rektum Hast Derg 2007;17: 61–69.
4. Montoyama T, Chida T, Fujiwara T, Watanabe HI. Mucinous cystic tumor of retroperitoneum: A report of two cases. Acta Cytol 1994; 38: 261–266.

5. Procter CD, Bivins BA, Griffen WO, Cibull ML. Primary retroperitoneal cysts: Report of an unusual case and a survey of the literature. *Arch Surg* 1982; 117: 1089–1093.
6. Erođlu M, Yılmaz F, Semerciöz A, Metin A. Retroperitoneal bölgede gelişen mezotelyal kist olgusu. *Türk Üroloji Dergisi* 2007; 33: 232–234.
7. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986; 203: 109–112.
8. Papadogiannakis N, Gad A, Ehliar B. Primary retroperitoneal mucinous tumor of low malignant potential: Histogenetic aspects and review of the literature. *APMIS* 1997; 105: 483–486.
9. Hjermstad BM, Helwig EB. Tailgut cysts. Report of 53 cases. *Am J Clin Pathol* 1988; 89: 139–147.
10. Gonul H, Baglan T, Pala I, Menten B. Tailgut cysts: diagnostic challenge for both pathologists and clinicians. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22: 1283–1285.
11. Yunoki Y, Oshima Y, Murakami I, Takeuchi H, Yasui Y, Tanakaya Y, Konaga E. Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 77: 357–358.

