

Tailgut Kisti ***Tailgut Cyst***

Bartu Badak, H.Tarık Çağa

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Öz: Tailgut kistleri retrorektal alanda yerleşen ve embriyolojik tailguttan köken alan konjenital lezyonlardır. Genellikle benign lezyonlar olmak üzere nadir olarak malign dönüşüm de bildirilmektedir. Bu sunumda kabızlık şikayetiyle başvuran 50 yaşında kadın hasta ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrası görüntüleri ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: tailgut, retrorektal, konjenital

Badak B. Çağa HT. (2017). *Tailgut Kisti*, *Osmangazi Tıp Dergisi* 39(3): 94-97 Doi: 10.20515/otd.302151

Abstract: Tailgut cysts are congenital lesions located in retrorectal area and originate from embryological tailgut. These cysts are benign developmental lesions, but malignant transformation has been rarely reported. In this presentation 50 years old female patient complaining of constipation has been reported with preoperative, peroperative and postoperative imagings.

Keywords: tailgut, retrorectal, congenital

Badak B. Çağa HT. (2017). *Tailgut Cyst*, *Osmangazi Journal of Medicine* 39(3): 94-97 Doi:10.20515/otd.302151

1.Giriş

Tailgut kistleri retrorektal aralığa yerleşen, embriyolojik tailguttan köken alan, konjenital lezyonlardır. Genellikle benign olarak kabul edilmelerine rağmen malign transformasyon da gösterilmiştir (1). Bu kistler tür, köken ve histopatolojik özelliklerine göre epidermoid kist, rektal duplikasyon enterik kist ve retrorektal kistik hamartoma olarak sınıflandırılabilir (2). Orta yaş kadınlarda daha sık olarak görülür. Genellikle asemptomatik olmasına rağmen abdominal ağrı veya konstipasyona neden olabilir (3). Bu yazıda sıklıkla kabızlık şikayeti çeken ve ara ara da karın ağrısının eşlik ettiği 50 yaşında kadın hasta operasyon öncesi, esnası ve sonrası fotoğraflarıyla sunulmuştur.

2.Olgu

Sıklıkla kabızlık şikayetiyle sağlık merkezlerine başvuran ve uzun süreli laksatif tedavi alan ancak sonuç alamayan hasta bu şikayet ile genel cerrahi kliniğimize başvurdu. Ara ara da kramp tarzı karın ağrısı tarifleyen hastaya etyolojiye yönelik çekilen tüm abdomen MR görüntüsünde koksiks sağ anteriorunda rektum posteriorunda yaklaşık 4*2 cm boyutlarında T1 ağırlıklı incelemelerde hafif hiperintens (proteinöz içerik) T2 ağırlıklı incelemelerde hiperintens izlenen ve kontrastlı incelemelerde periferik kontrastlanan ve kontrast tutan septaları izlenen lobule konturlu kistik lezyon (tailgut kisti) tespit edilmesi üzerine yatışı yapılmış ve hazırlanmıştır.



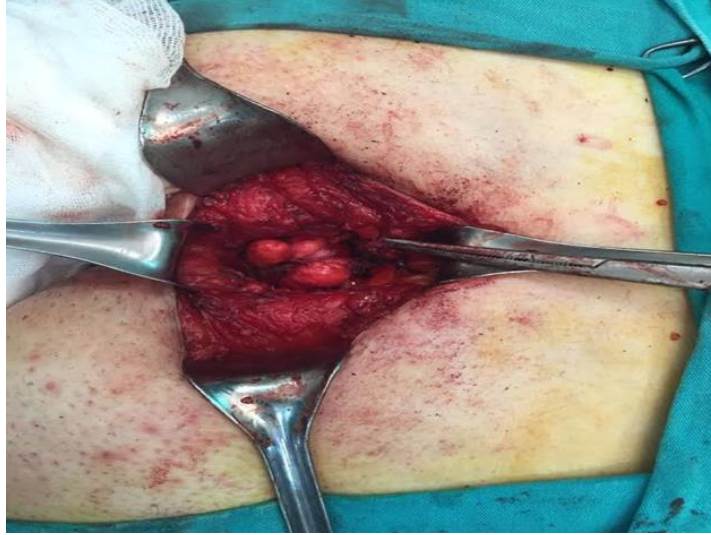
Resim 1. Preoperatif görüntüleme



Resim 2. Preoperatif görüntüleme

Yatışı esnasında laboratuvar incelemelerinde bozukluk saptanmayan hastanın alınan anamnezinde de ek dahili hastalığı ve kronik süreçte kullandığı herhangi bir ilaç bulunmamaktaydı. Operasyona alınan hastaya genel anestezi altında prone pozisyonda yapılan eksplorasyonda retrorektal aralığa yerleşmiş, presakral fasyayı dolduran ve rektumu öne doğru iten yaklaşık 4*2 cm'lik multilobule kistik oluşum göze çarpmaktaydı. Künt ve keskin diseksiyonlarla retrorektal

alandan tamamen kistin çıkarılması sonrası rezidü loja kapalı sistem negatif basınçlı dren konmasını takiben bitirilen ameliyat sonrası hastaya postoperatif 1. günde oral alım başlanıp hasta takip eden 4. günde 3 ay sonrasına görüntüleme kontrolü önerilerek şifa ile taburcu edilmiştir. Hastanın histopatolojik inceleme sonucu tailgut kisti retrorektal kistik hamartom olarak raporlanmıştır.



Resim 3. Operasyon esnasında eksplorasyon bulgusu



Resim 4. Ameliyat sonrası görüntü

3.Tartışma

Tailgut kistleri retrorektal alanda yerleşen ve embriyolojik tailguttan köken alan konjenital lezyonlardır. Genellikle benign lezyonlar olmak üzere nadir olarak malign dönüşüm de bildirilmektedir(1). Genellikle erişkin dönemde (dördüncü dekatta) ve kadınlarda daha sıklıkla bulgu vermekle birlikte her yaş döneminde raporlu vakalar mevcuttur. Kadın erkek oranı yaklaşık 3:1'dir (4). Retrorektal

kitlelerin insidansı 1/40000-63000 olarak bildirilmektedir (5). İlk defa Middeldorpf tarafından 1885'te tanımlanmıştır (6). Cerrahi pratikte nadir görülen bu kitleler konjenital, osteojenik, nörojenik, inflamatuvar veya metastatik kaynaklı olarak ortaya çıkabilirler (3). Olguların büyük çoğunluğu asemptomatik olmakla beraber rutin incelemeler esnasında rastlantısal olarak saptanırlar (2). Ağrı, şişlik,

kabızlık, rektal kanama gibi semptomlar yapabilir (7). En önemli komplikasyonları perirektal abse, anorektal fistül ve malignite oluşumdur.(müsinoz adenokarsinom) (7). Tailgut embriyolojik hayatın 8. haftasında regresyona uğrar; hipoteze göre bu dönemdeki regresyon defekti sonucu tailgut kistleri oluşur (2). Genellikle multilokule olmaya meyil eden bu kistler döşeyici epitel silli kolumnar, müsin sekrete eden kolumnar, transizyonel ve skuamoz epitel özelliğinde olabilirler (8). Ayırıcı tanıda rektal duplikasyon kisti, anterior meningesel, kordoma, teratom, epidermal kist, anal gland kisti ve kistik lenfanjiomlar akılda bulundurulmalıdır (9).

Tailgut kistlerinin araştırılmasında direkt grafilerin kullanımı sınırlıdır ancak kemik destrüksiyonunun varlığı malignite ya da kemik lezyonunu gösterebilir (6). Çift kontrastlı kolon radyogramı dış basıyı

göstermede faydalı olabilir. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve özellikle MRG yumuşak doku rezolusyonundaki üstünlüğü nedeniyle tanıda sıklıkla kullanılması gereken görüntüleme yöntemleridir (10).

Retrorektal lezyonların tedavisi hemen her zaman cerrahidir. Genel olarak biyopsi hiçbir zaman endike değildir. Kisitk lezyonlar için biyopsi veya aspirasyon; enfeksiyon, fistül veya menenjit ile sonuç verebilmektedir. Malign bir oluşum ise biyopsi ekime yol açabilmektedir (11). Enfeksiyon ve malign dejenerasyon olasılıkları nedeni ile tedavi cerrahidir (1).

4.Sonuç

Retrorektal bölgede, multikistik kitlesi olan özellikle orta yaş bayanlarda tailgut kisti akılda bulundurulmalıdır.

Not: Operasyon görüntüleri için hasta imzalı onam formu temin edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Killingsworth C, Gadacz TR. Tailgut cyst (retrorectal cystic hamartoma): report of a case and review of the literature. *Am Surg* 2005;71:666-73
2. Hjernstad BM, Helwig EB. Tailgut cysts. Report of 53 cases. *Am J Clin Pathol* 1988; 89: 139-147
3. Menteş BB, Kurukahvecioğlu O, Ege B, et al. Retrorectal tumors: A case series. *Turk J Gastroenterol* 2008;19: 40-4
4. Ozel K, Tugtepe H. Süt çocuğunda görülen bir tailgut kisti olgusu. *Fırat Tıp Dergisi* 2001;6:497-9
5. Eser O, Arıkan Y, Korkmaz S, Tokyol Ç, Karavelioğlu E, Boyacı MG. Presakral kist: olgu sunumu. *Kocatepe Tıp Derg* 2011;12:175-8
6. Joyce EA, Kavanagh DO, Winter DC. A rare cause of low back pain: report of tailgut cysts. *Case Rep Med* 2012:623142
7. Sung MT, Ko SF, Niu CK, et al. Perirenal tailgut cysts (cystic hamartoma). *J Pediatr Surg* 2003;38: 1404-6
8. 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
9. Johnson AR, Ros PR, Hjernstad BM. Tailgut cyst: diagnosis with CT and sonography. *AJR Am J Roentgenol* 1986;147:1309-11
10. Dhamanaskar KP, Thurston W, Wilson SR. Transvaginal sonography as an adjunct to endorectal sonography in the staging of rectal cancer in women. *AJR Am J Roentgenol* 2006;187:90-8
11. Dunn KB. Retrorectal tumors. *Surg Clin North Am* 2010;90:163-171.