

## TAILGUT KİSTİ'NİN MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME BULGULARI : OLGU SERİSİ

### MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS OF TAILGUT CYST: CASE SERIES

Hatice KAPLANOĞLU<sup>1</sup>, Aynur TURAN<sup>1</sup>, Veysel KAPLANOĞLU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü

#### ÖZET

Tailgut kistleri embriyolojik olarak tailguttan köken alan retrorektal aralık yerleşimli konjenital lezyonlardır. Sıklıkla dördüncü dekatta ve kadınlarda görülür. Olguların çoğunluğu asemptomatik olup rutin incelemeler sırasında insidental olarak saptanır. Alt abdominal ağrı, perirektal ağrı, kabızlık veya dismenore gibi semptomlara nadiren neden olabilir. Perirektal abse, anorektal fistül ve kist duvarından gelişen malign transformasyon başlıca komplikasyonlarıdır. Bu olgu serisinde 3 vaka sunulmaktadır. Bu olgu serisi sunumunda uzun süredir devam eden, ara ara olan kramp tarzı karın ağrısı ve kabızlık şikayeti olan 35 yaşında; son altı aydır devam eden, pelvik ve perineal bölgeye yayılan karın ağrısı tarifleyen 52 yaşında; son bir yıldır devam eden, pelvik bölgesinde ortaya çıkan ve kasıklara yayılan karın ağrısı tarifleyen 25 yaşında olmak üzere üç kadın olgu sunulmuştur. Olguların operasyon sonrası histopatolojik inceleme sonuçları tailgut kisti ile uyumlu olarak geldi ve manyetik rezonans görüntüleme bulguları doğrulanmıştır.

**ANAHTAR KELİMELE:** Manyetik rezonans görüntüleme, Retrorektal mesafe, Konjenital, Tailgut kisti, Abdominal ağrı

#### ABSTRACT

Tailgut cysts are congenital lesions, located in the retrorectal space that originate from the tailgut embryologically. It is common in women and generally occurs in the fourth decade. The majority of cases are asymptomatic and incidentally detected during routine examinations. Tailgut cysts can rarely cause symptoms such as lower abdominal pain, perirectal pain, constipation, or dysmenorrhea. Major complications include anorectal fistula, perirectal abscess, and malignant transformation developed from the cyst wall. In this case series three cases are presented. These are respectively; a 35-year-old woman with a long-standing complaint of occasional cramp-like abdominal pain and constipation, a 52-year-old woman with a continuing abdominal pain that radiates to the pelvic and perineal region for the last six months, and a 25-year-old woman with a continuing abdominal pain that occurs in the pelvic area and radiates to the groin for a year. Postoperative histopathological examination results of the cases came in line with the tailgut cyst and magnetic resonance imaging findings were confirmed.

**KEYWORDS:** Magnetic resonance imaging, Retrorectal area, Congenital, Tailgut Cyst, Abdominal pain

**Geliş Tarihi / Received:** 14.02.2020

**Kabul Tarihi / Accepted:** 04.06.2020

**Yazışma Adresi / Correspondence:** Dr.Hatice KAPLANOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü

**E-mail:** hatice.altinkaynak@yahoo.com.tr

**Orcid No (Sırasıyla):** 0000-0003-1874-8167, 0000-0001-6654-3129, 0000-0002-1376-0469

## GİRİŞ

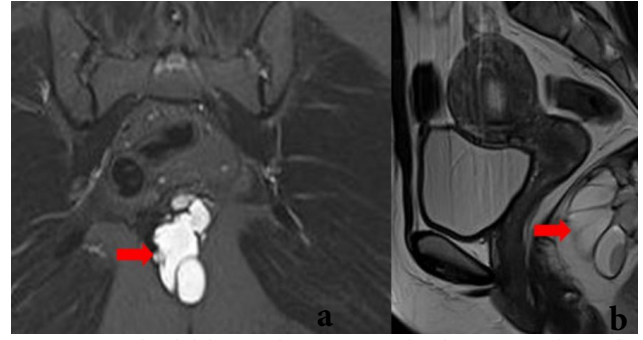
Tailgut kisti veya retrorektal hamartomlar, retrorektal boşlukta bulunan, embriyonik hindgutun kalıntısından kaynaklanan nadir konjenital lezyonlardır (1). Genellikle perirektal semptomları olan orta yaşlı kadınlarda görülür (1). Genellikle benign konjenital lezyonlar olmakla birlikte, nadiren malign transformasyon bildirilmiştir (2).

Retrorektal bölgedeki gelişimsel kistler, orjinlerine ve histopatolojik özelliklerine göre, epidermoid(dermoid) kist, rektal duplikasyon kisti ve retrorektal kistik hamartoma (tail gut kisti) olarak sınıflandırılabilir (3). Tailgut kistlerinin çoğunluğu asemptomatik karakterde olup bazen rutin incelemeler esnasında insidental olarak saptanır (4). Rekürren anal sinüs, anorektal fistül, anal apse, üriner retansiyon, malign transformasyon başlıca komplikasyonlarıdır (5).

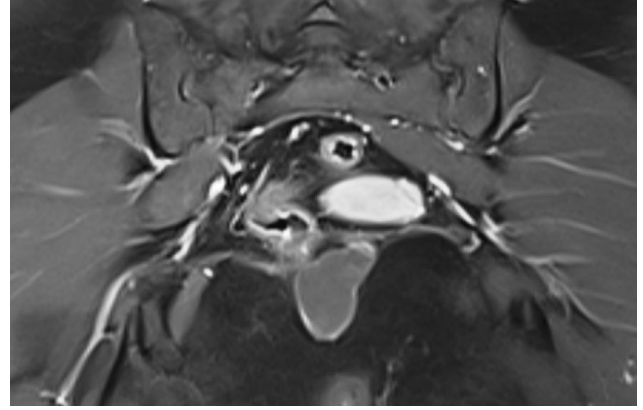
Sunulan çalışmada tailgut kisti tanısı konan üç kadın olgunun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları literatür ışığında sunulmaktadır. Olguların ailelerinden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır.

## OLGU 1

Uzun süredir devam eden kramp tarzı karın ağrısı ve kabızlık şikayetiyle 35 yaşındaki kadın hasta genel cerrahi kliniğimize başvurdu. Olgunun fizik muayenesinde ve laboratuvar tetkiklerinde anormal durum izlenmedi. Etyolojiye yönelik pelvik MRG tetkiki yapıldı. Yapılan MRG tetkikinde, orta hatta rektum posteriorunda, presakral-koksigeal yerleşimli 6x4x3.5 cm boyutlarında T1 ağırlıklı incelemelerde hafif hipointense, T2 ağırlıklı incelemelerde hiperintens izlenen, multiloküle özellikte, septaları bulunan, kontrastlı incelemelerde periferik ve septal kontrastlanan lobule konturlu, yer yer yoğun içerikli kistik lezyon saptandı (**Resim 1, 2**). Lezyonun lokalizasyonu, olgunun klinik ve radyolojik bulguları değerlendirildiğinde öncelikle tailgut kisti düşünüldü. Hastaya operasyon planlandı ve yapılan cerrahi sonucunda lezyon eksize edildi. Hastanın histopatolojik inceleme sonucu tailgut kisti ile uyumlu olup; fibroadipöz doku içerisinde duvarı basık küboidal epitel ile döşeli kistik yapılar yanı sıra duvarı kolumnar epitel ve nonkeratinöz çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik yapılar ve serömüsinöz glandlar izlendi.



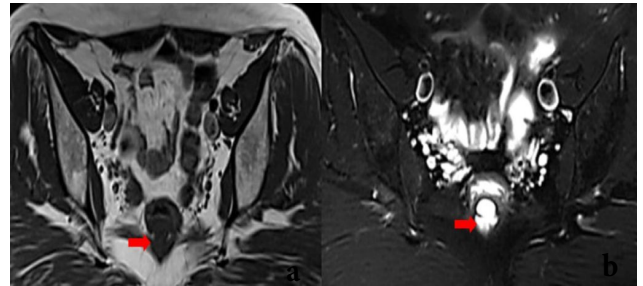
**Resim 1:** Yağ baskılı koronal T2A (a), yağ baskısız sagittal T2A (b) görüntülerde orta hatta rektum posterirounda, presakral-koksigeal düzey yerleşimli, multiloküle özellikte, septaları bulunan, lobule konturlu, kistik natürde kitle lezyonu görülmektedir (kırmızı ok)



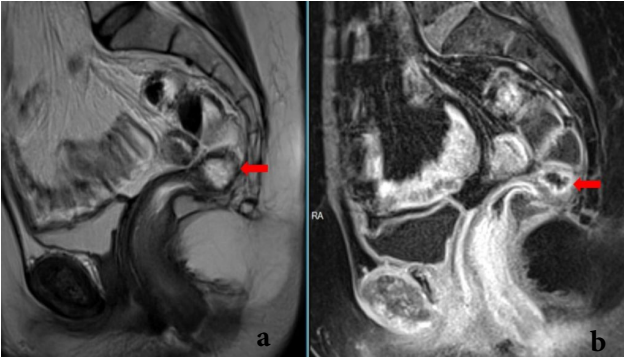
**Resim 2:** Yağ baskılı koronal T1A ağırlıklı ve kontrastlı görüntüde periferik ve septal kontrastlanan lobule konturlu yer yer yoğun içerikli kistik lezyon saptandı

## OLGU 2

Son altı aydır devam eden, ara ara olan ve pelvik ve perineal bölgeye yayılan karın ağrısı tarifleyen hasta genel cerrahi polikliniğine başvurdu. 52 yaşındaki kadın olgunun fizik muayenesinde ve laboratuvar tetkiklerinde anormal durum izlenmedi. Olguya yapılan pelvik MRG tetkikinde; uterus ve overlerin opere olduğu görüldü. Rektum posteriorunda, 2.5x1.5 cm boyutlarında T1 ağırlıklı incelemelerde hipointense, T2 ağırlıklı incelemelerde hiperintens izlenen ve kontrastlı incelemelerde periferik kontrastlanan kistik lezyon saptandı (**Resim 3, 4**).



**Resim 3:** Aksiyal yağ baskısız T1A (a) ve aksiyal yağ baskılı T2A (b) görüntülerde rektum posteriorunda kistik lezyon izleniyor (kırmızı ok)

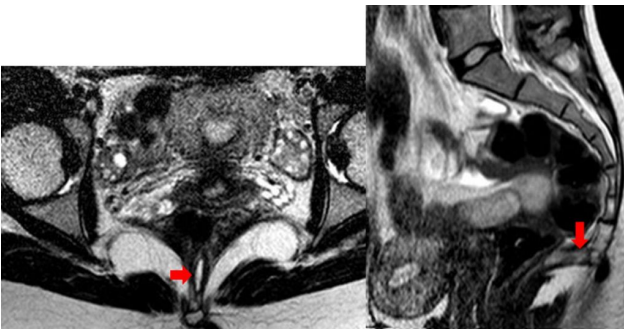


**Resim 4:** a, Sagittal yağ baskısız T2A görüntüde rektum posteriorunda kistik lezyon; b, sagittal yağ baskılı kontrastlı T1A görüntüde rektum posteriorunda periferik kontrastlanan kistik lezyon izleniyor (kırmızı ok)

Olgunun klinik ve radyolojik bulguları değerlendirildiğinde öncelikle tailgut kisti düşünüldü. Hastaya operasyon planlandı ve yapılan cerrahi sonucunda lezyon eksize edildi. Hastanın histopatolojik inceleme sonucu tailgut kisti ile uyumlu geldi.

### OLGU 3

Son bir yıldır devam eden, pelvik bölgesinde ortaya çıkan ve kasıklara yayılan karın ağrısı tarifleyen hasta genel cerrahi polikliniğine başvurdu. 25 yaşındaki kadın olgunun fizik muayenesinde ve laboratuvar tetkiklerinde anormal durum izlenmedi. Olguya yapılan pelvik MRG tetkikinde; rektum ile koksiks arasında 1.5x0.5 cm boyutlarında T1 ağırlıklı incelemelerde hipointense, T2 ağırlıklı incelemelerde hiperintens izlenen kistik lezyon saptandı (**Resim 5**). Hastaya yapılan operasyon sonucu histopatolojik inceleme tailgut kisti ile uyumlu geldi.



**Resim 5:** Aksiyal ve sagittal yağ baskısız T2A görüntüde rektum ile koksiks arasında hiperintens kistik lezyon izleniyor (kırmızı ok)

### TARTIŞMA

Sunulan olgu serisinde üç olguda bayan olup literatürdeki bayan dominansı ile uyumludur. Olgularımızdan ikisi dördüncü dekattan önce gözlenmiştir, literatürde bildirilen ortalama

yaşa göre daha genç yaş grubudur. Üç olgumuzda da klinik olarak öncelikle karın ağrısı şikayeti ve bir olgumuzda kabızlık şikayeti mevcuttu. Hiçbir olgumuzda malign transformasyon veya başka bir komplikasyon gözlenmedi. Üçüncü olgumuzda, kistin boyutu küçük olmasına rağmen hastanın ağrılarının olması ve şikayetini açıklayacak başka bir klinik durum olmaması sebebiyle opere edildi. Olgularımızın radyolojik bulguları ve patoloji sonuçları uyumluydu.

Tailgut kistleri, retrorektal kistik hamartom olarak da bilinen, retrorektal alanda lokalize, embriyonik hindgutun kalıntısından kaynaklanan konjenital lezyonlardır (1). Erişkin dönemde (dördüncü dekatta) ve kadınlarda daha sıklıkla bulgu verirler. Kadın erkek oranı yaklaşık 3:1'dir (6). Tailgut kistleri sıklıkla presakral retrosakral boşlukta yerleşirler ve rektumda anteriora doğru yer değişikliğine neden olurlar (7). Tailgut embriyolojik hayatın 8. haftasında regresyona uğrarlar. Bu dönemde oluşan regresyon defektleri sonucunda tailgut kistleri oluşur (8). Genellikle yetişkinlerde asemptomatik olarak seyredirler ve rutin incelemeler sırasında rastlantısal olarak saptanırlar (1). Semptomlar sıklıkla kitlenin çevre organlara olan bası etkisine bağlı olarak oluşur ve rektal dolgunluk, karın ve sırt ağrısı, kabızlık, ağrılı defekasyon, rektal kanama ve dizüri görülür (1).

Ayırıcı tanıda teratom, epidermal kist, rektal duplikasyon kisti, anterior meningoşel, kordoma, anal gland kisti karsinom, kistik lenfanjiyom yer almaktadır (1). Görüntüleme yöntemleri ayırıcı tanıda yol göstericidir. Transrektal ultrasonografide retrorektal alan yerleşimli multiloküle özellikte kist olarak görülebilirler. Kistin içinde internal ekolar bulunabilir (9). Bilgisayarlı tomografide ise, retrorektal alandan kaynaklanan, iyi sınırlı, ince duvarlı, uniloküle veya multiloküle, kontrast tutulumu göstermeyen kistik lezyon olarak görülür. Kist içerisindeki keratinöz veya inflamatuvar debris nedeniyle daha solid görülebilirler İntralezyoner kalsifikasyon görülmesi malignite olasılığını düşündürülebilir (1, 4).

Tailgut kistin görüntülenmesinde MRG, multiplanar görüntüleme yeteneği, yumuşak doku rezolüsyonunun iyi olması nedeniyle tanıda kullanılması gereken görüntüleme yöntemidir (4). MRG kitlenin çevre dokularla ilişkisini, iç ya-

pısını ve kitlenin benign ya da malign natürde olduğunu gösterebilir (4). Tailgut kistinın MRG sinyal özellikleri T1A sekanslarda hipointens, T2A sekanslarda hiperintens iken müsin, yüksek protein içeriği veya kanama varlığında ise T1A sekanslarda hiperintens olarak izlenebilir. Kistin hem T1 hem de T2 ağırlıklı MRG görüntülerinde intermediate sinyal intensitesinde görülmesi malignite için ipuçları olabilir (9). Kitle duvarında irregular duvar kalınlaşması veya polipoid bir kitle görülmesi, intrakistik vegetasyonlar, belirsiz sınırlar, kitlenin S3 kraniyaline doğru uzanım göstermesi maligniteyi destekleyen bulgulardır (10).

Sıklıkla multilokule özellikte olan kistler birkaç tipte epitel barındırabilir. Döşeyici epitel silli kolumnar, müsin sekrete eden kolumnar, transizyonel ve skuamoz epitel özelliğindedir (11).

Duvarlarında fibröz doku, yağ doku ve düz kas demetleri vardır. Sıklıkla mononükleer hücrelerden oluşan inflamatuvar ve daha nadiren dev granüloamatöz reaksiyon eşlik edebilir (11).

Komplikasyonları; rekürren anal sinüs, anorektal fistül, anal apse, üriner retansiyon ve malign transformasyondur (5, 12). Malignitelerden adenokarsinom en yaygın görülenidir, bunu nöroendokrin tümör takip eder; diğer nadir tümörler transizyonel hürelı karsinom ve sarkomdur (13). Retrorektal kitlelerden biyopsi displastik hücrelerin potansiyel yayılım riskini artıracağından dolayı önerilmemektedir (14). Ayrıca enfeksiyon, fistül veya menenjit ile sonuçlanabilmektedir (8). Tailgut kistlerinin tedavisinde komplet cerrahi eksizyon tercih edilmektedir. Böylece kesin tanı sağlanmış olur, semptomları hafifletir ve enfeksiyon, fistül oluşumu ve malign dejenerasyon gibi başlıca komplikasyonların önüne geçilmiş olur (15). Tailgut kistlerinin malign dejenerasyon insidansı en büyük olgu serilerinde % 2 idi, ancak daha yakın tarihli küçük olgu serilerinde çok daha yüksek oranlar bildirilmiştir (15).

Retrorektal bölgede görülen kitlelerin ayırıcı tanısında tailgut kisti akla gelmelidir. Bunlar semptomatik ya da asemptomatik olabilir. MRG tanı ve tedavi planlamasında en güvenilir yöntemdir.

## KAYNAKLAR

1. Chhabra S, Wise S, Maloney-Patel N, Rezac C, Poplin E. Adenocarcinoma associated with tail gut cyst. *J Gastrointest Oncol.* 2013;4:97-100.
2. Killingsworth C, Gadacz TR. Tailgut cyst (retrorectal cystic hamartoma): report of a case and review of the literature. *Am Surg.*2005;71: 666-73.
3. Hjermsstad BM, Helwig EB. Tailgut cysts. Report of 53 cases. *Am J Clin Pathol.* 1988;89:139-47.
4. Joysse EA, Kavanagh DO, Winler DC. A rare cause of low back pain: report of tailgut cyst. *Case Rep Med.* 2012;2012:623142.
5. Bathla L, Singh L, Agarwal PN. Prem Narayan Agarwal, retrorectal cystic hamartoma( tailgut cyst): report of a case and review of literatüre. *Indian J Surg.* 2013;75(1):204-207.
6. Özel K, Tugtepe H. Süt çocuğunda görülen bir tailgut kisti olgusu. *Fırat Tıp Dergisi.* 2001;6 :497-9.
7. Prasant P, Uttam G, and Peacock M. Retrorectal hamartoma: A 'tail' of two cysts. *Indian J Radiol Imaging.* 2010;20:129-31.
8. Ünlü M, Özbilgin M, Sökmen S, Sarođlu S. Seromüköz bez yapıları içeren bir Tailgut kisti: Olgu sunumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2010;24:143-7.
9. Yang DM, Park CH, Jin W, Chang SK, Kim JE, Choi SJ, et al. Tailgut cyst: MRI Evaluation. *AJR.* 2005;184:1519-23.
10. Yang B-L. Retrorectal tumors in adults: Magnetic resonance imaging findings. *World J Gastroenterol.* 2010;16:5822.
11. Gonul H, Baglan T, Pala I, Mentis B. Tailgut cysts: diagnostic challenge for both pathologists and clinicians. *Int J Colorectal Dis.* 2007;22:1283-85.
12. Sung MT, Ko SF, Niu CK, Hsieh CS, Huang HY. Perirenal tailgut cysts (cystic hamartoma). *J Pediatr Surg.* 2003;38:1404-6 8.
13. Kaistha S, Gangavatiker R, Harsoda R, Kinra P. A case of adenocarcinoma in a tail gut cyst and review of literature. *Med J Armed Forces India.* 2018;74:390-393.
14. Menteş BB, Kurukahveciođlu O, Ege B, Karamercan A, Leventođlu S, Yaziciođlu , et al. Retrorectal tumors: A case series. *Turk J Gastroenterol.* 2008;19: 40-4.
15. Mathis K L , Dozois E J, Grewal M S, Metzger P, Larson D W, Devine R M, Malignant risk and surgical outcomes of presacral tailgut cysts, *British Journal of Surgery.* 2010; 97:575-579.