

Sakrokoksigeal Teratom: Yenidoğan Olgu Sunumu

SACROCOCYGEAL TERATOMA: A NEONATAL CASE REPORT

Büşra ÜNAL¹, Saime Sündüs UYGUN², Fatma ÖZCAN SIKI³, Buket KARA⁴, Murat KONYA², Hanifi SOYLU²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, Konya Türkiye

³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

⁴Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZ

Sakrokoksigeal teratomlar yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan teratomlardır. Sakrokoksigeal teratomlar sıklıkla doğumda tanı almakla beraber özellikle tip 1 ve 2 olanlar antenatal ultrasonografi takiplerinde fark edilebilmektedirler. Tedavi uygun cerrahi rezeksiyon ile sağlanmaktadır. Operasyon sonrası takip çocuk onkoloji birimi ile birlikte yapılmalıdır. Bu yazıda 22. Gebelik haftasında rutin ultrasonografi muayenesinde fark edilen sakrokoksigeal teratomu olan ve 34 hafta 1 günlük iken fetal distres sebebiyle acil sezaryen ile doğumu gerçekleştirilen bir yenidoğan vakası sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, teratom, cerrahi

ABSTRACT

Sacrocoygeal teratomas are the most common teratomas encountered in the neonatal period. Although sacrocoygeal teratomas are frequently diagnosed at birth, especially types 1 and 2 can be noticed during antenatal ultrasonography follow-ups. Treatment is provided by appropriate surgical resection. Post-operative follow-up should be done with the pediatric oncology unit. In this article, a newborn case with sacrocoygeal teratoma detected in routine ultrasonography examination at 22 weeks of gestation and who was delivered by emergency cesarean section at 34 weeks and 1 day of gestation due to fetal distress is presented.

Keywords: Newborn, teratoma, surgery

Saime Sündüs UYGUN

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye

E-posta: uygunsaime@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6694-811>

Sakrokoksigeal teratom (SKT), yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan solid tümör olup insidansı 35.000-40.000 canlı doğumda 1 olarak bildirilmiştir ve sıklık kız bebeklerde daha fazladır (1). Sıklıkla deri ile kaplı

olmakla beraber bazı vakalar sadece bir membran ile çevrili olabilirler. Embriyolojik gelişim sırasında her üç katmana ait dokulardan köken almaktadır. Teratomlar lokalizasyonlarına ve klinik önemlerine göre 4 grupta

değerlendirilmektedirler. Yenidoğan dönemindekiler büyük oranda benign karakterde olmakla birlikte müdahalede gecikme olması durumunda malign transformasyon gelişebilmektedir. (2). Genellikle, antenatal ultrasonografi takipleri ile ya da doğumda sakral bölgede kitle lezyonu olarak tespit edilebilirler. Ancak Altman sınıflamasına göre tip-III ve tip-IV olan hastalarda tanı gecikebilir (3). Sakrokoksigeal teratomu olan bebekler perinatal dönemde yüksek risk taşımaktadırlar. Bu hastalarda yüksek debili kalp yetersizliği, perioperatif kanama, polihidroamniyos, pla-sentomegali, hidrops, preterm doğum, anemi ve tümör rüptürü nedeniyle mortalite ve morbidite oranları yüksektir. Doğum öncesi tanı hasta yönetimini etkiler ve daha iyi bir sonuç sağlar. Canlı doğan ve erken cerrahi müdahale edilen infantların prognozu iyidir (4). Konjenital sakrokoksigeal teratomun tedavisi, tümörün erken dönemde total olarak cerrahi rezeksiyonudur. Kitle ile birlikte koksiks de tümüyle çıkarılmalıdır.



Resim 1: Hastanın servise yatışındaki görünümü

OLGU SUNUMU

22. gebelik haftasında 55x44x51 mm boyutlarında sakrokoksigeal kitlesi tespit edilen hastaya ayrıntılı değerlendirme için fetal manyetik rezonans görüntüleme yapılmış ve değerlendirme sonucunda tip 2 sakrokoksigeal teratom tanısı alan hasta takibe alınmış. 34 hafta 1 günlükken yapılan izlemde lezyonun kanlanması ileri derecede artmış olduğu tespit edilmiş; hasta polihidroamniyoz ve fetal distres sebebiyle acil sezaryen ile doğurtuldu. Apgar skoru 1. dakikada 6 ve 5. dakikada 9 olarak değerlendirildi. Hasta doğum salonunda yapılan ilk müdahalesinin ardından yenidoğan yoğun bakım kliniğine transfer edildi. Doğum ağırlığı kitle ile birlikte 4035 gram idi. Fizik muayenesinde sakrokoksigeal bölgede 15x13 cm boyutlarında kitle lezyonu palpe ediliyordu (Resim 1).

Lezyon yüzeyinde damarlanma belirgin artmış olmakla birlikte hastada aktif kanama izlenmedi. Alt ekstremitelerinde spontan hareket vardı. Diğer sistemik muayeneleri doğaldı. Takiplerinde spontan gaita ve idrar çıkışı oldu. Lezyon spanç ile sarılarak korumaya alındı. Hastanın rutin tetkikleri ile birlikte alfa-fetoprotein düzeyi

(AFP) ve BHCG değerleri alındı. Rutin tetkik sonuçları normal iken AFP>54000 ng/ mL, BHCG 12,36 U/ L olarak geldi. Yapılan ekokardiyografi incelemesinde 4,2 mm genişliğinde PDA, 3,6 mm genişliğinde soldan sağa şanlı sekundum tip ASD görüldü, kardiyak fonksiyonlar normal olarak değerlendirildi. Ek yapısal anomali açısından

yapılan tüm batın ve transfontanel ultrasonografi normal olarak değerlendirildi.

Hasta çocuk cerrahi ile konsülte edildi ve cerrahi önerildi. Hasta 1 günlükken opere edildi. 22x16x9 cm lik kitle koksiks ile birlikte eksize edildi (Resim 2).



Resim 2: Cerrahi sırasında eksize edilen lezyon

Ameliyat esnasında hastaya 1 kez 15 cc/kg dan eritrosit süspansiyonu verildi. Hastanın postoperatif takiplerinde hemogram kontrolleri normal olarak geldi. Hastaya analjezi desteği sağlandı. Hastanın spontan gaita ve idrar çıkışı; alt ekstremitelerinde spontan hareketleri devam etti. Hasta düzenli olarak çocuk cerrahi tarafından değerlendirilmeye devam edildi. Hasta çocuk onkoloji ile konsülte edildi. Önerileri ile postoperatif 9. gününde

bakılan AFP:10899 ng/ml, BHCG:2.24 U/L geldi. Histopatolojik değerlendirme sonucu immatür teratom tanısı alan hasta çocuk onkoloji ile rekonsülte edildi ve kemoterapi başlanmadan izlenmesine karar verildi. Postoperatif takiplerinde vital bulguları stabil seyreden yara yeri bakımı iyi olan hasta takibe alınmak üzere yenidoğan yoğun bakım ünitemizden taburcu edildi (Resim 3).



Resim 3: Hastanın ameliyat sonrası görünümü

TARTIŞMA

Antenatal dönemde tanı genellikle gebeliğin 22-34. haftasında ultrasonografi ile kaudal ya da abdominal kitlenin saptanması ile konulabilir. Kitlenin sınırlarını belirlemede fetal manyetik rezonans görüntüleme yararlı olabilir (5). SKT'lu bebeklerin prognozu gestasyonel yaşla korelasyon gösterir. Otuzuncu gebelik haftasından sonra yaşam oranı %75'iken, bu haftadan önce oran %7'dir (6). Gestasyonel yaşın survi üzerine etkisi nedeniyle SKT'lu hastalar detaylı ultrasonografi, fetal ekokardiyografi ve Doppler ile değerlendirilmeli, yüksek debili kalp yetersizliği bulguları araştırılmalıdır. Takiplerde sorun saptanmayan hastalar seri ultrason ile terme kadar izlenmeli, polihidroamnios gelişen ve büyük kitlesi olanlar ise erken haftalarda doğurtulmalıdır. Seri takiplerde kalp yetersizliği, plasentomegali ve hidrops saptanırsa gebelik acil olarak sonlandırılmalıdır. Ancak fetüs bu dönemde immatür ise intrauterin fetal cerrahi uygulanmalıdır (7). Fetal müdahale olarak; kistik komponenti olan hastalarda

perkutan drenaj, tümör içi hemoraji olması durumunda radyofrekans ablasyon uygulanabilir (8). Bizim olgumuz da 22. gebelik haftasında fetal manyetik rezonans görüntüleme yapılarak tanı almış ve yakın takip edilmiştir. Polihidramnion, plasentomegali, kardiomegali ve hidrops fetalsin eşlik etmesi de kötü prognoz göstergeleri olarak değerlendirilmektedir (6). Polihidroamnion ve prematüre doğum gerekliliği bizim hastamızdaki kötü prognoz kriterleri idi. SKT olan hastalarda hastalığa %15 oranında imperfore anüs, sakral kemik defekti, uterus veya vajinanın duplikasyonları, spina bifida ve meningomyelosel gibi anomaliler eşlik edebilmektedir (9). Bizim vakamızda ek anomali açısından yapılan ek taramalarda sakral disgenezi saptanmıştır.

Yenidoğan döneminde sakrokoksigeal teratomlu olgularda, erken dönemde koksiksi de içerecek şekilde tümörün total olarak çıkarılması uygun tedavi yaklaşımıdır. Patolojik incelemede malign odak içermeyen olguların, ameliyattan sonraki dönemde tümör rekürrensi

açısından izlenmeleri dışında başka bir tedaviye gereksinimleri olmadığı söylenmektedir (10). Başarılı tümör eksizyonundan sonra bile bazı hastalar uzun süreli takip esnasında tümör nüksü, malign transformasyon, mesane ve bağırsak disfonksiyonu ve alt ekstremitte felci ile gelebilirler (11). Sakrokoksigeal teratomlu hastaların postoperatif takipleri komplikasyon ve tümör nüksü açısından çok önemlidir. Biz de hastamızda yakın takip planladık. Serum AFP ve BHCG malign bileşenleri aramak için ilk tanısıl çalışmada değerlendirilmeli ve takipte tümör nüksünü izlemek için kullanılmalıdır (12). Olgumuzda da bu markerların tanı ve takip aşamalarında kullanılması planlandı.

Sonuç olarak sakrokoksigeal teratomların antenatal dönemde tanı almış olmasının mortalite ve morbiditenin azaltılması açısından önemli olduğunu belirtmek istemekteyiz. Olası nükslerin erken tanınması açısından fizik muayene, görüntüleme ve tümör belirteçleri ile yakın takip önerilmektedir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazımızın tüm yazarları, çalışma kapsamında herhangi bir kişisel ve finansal çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedirler.

KAYNAKLAR

1. Rattan KN, Yadav H, Srivastava D, Rattan A. Childhood sacrococcygeal teratoma: a clinicopathological study. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine* 2019;8:1-6
2. Aspang JS, Burnand KM, Ong H, Cross K, Thompson D, Giuliani S. Sacrococcygeal teratoma with intraspinal extension: A case series and review of literature. *Journal of Pediatric Surgery* 2020;55:2022-2025
3. Ciğdem MK, Önen A, Otçu S, Okur H, Akay H. Sakrokoksigeal teratomlara yaklaşım. *Çocuk Cerrahisi Dergisi* 2007;21:108-112
4. Mete F, Akdemir O, Kına H, Baydın S, Canaz H, Alataş İ. Yenidoğan Kanamalı Sakrokoksigeal Teratomu: Olgu Sunumu. *Maltepe Tıp Dergisi*. 2013;5:24-27
5. Danzer E, Hubbard AM, Hedrick HL, Johnson MP, Wilson RD, Howell LJ, et al. Diagnosis and characterization of fetal sacrococcygeal teratoma with prenatal MRI. *AJR Am J Roentgenol* 2006;187:350-356
6. Neubert S, Trautmann K, Tanner B, Steiner E, Linke F, Bahlmann F. Sonographic prognostic factors in prenatal diagnosis of SCT. *Fetal Diagn Ther* 2004;19:319-326
7. Köken G, Yılmaz M, Şahin FK. Fetal Sakrokoksigeal Teratom; Prenatal Tanı ve Yönetim. *İst Tıp Fak Derg* 2006;69:83-86
8. Kazandı M, Akman L, Şahin Ç. Hige Fetal Sacrococcygeal Teratoma: Antenatal and Postnatal Management. / *Ege Journal of Medicine* 2011;50:213-216
9. Törer B, Gülcan H, Oğuzkurt P, Sarılioğlu F. Rüptür, kanama ve yaygın damar içi pıhtılaşma gelişen konjenital sakrokoksigeal teratom vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51: 216-219
10. Huddart SN, Mann JR, Robinson K, Raafat F, Imeson J, Gornall P, et al. Sacrococcygeal teratomas: the UK children's cancer study group's experience. I. Neonatal. *Pediatr surg Int* 2003;19:47-51.
11. Fumino S, Tajiri T, Usui N, Tamura M, Sagura H, Sago H, et al. Japanese clinical practice guidelines for sacrococcygeal teratoma, 2017. *Pediatrics International*. 2019;61:672-678.
12. Yoon HM, Byeo S, Hwang JY, Kim JR, Jung AY, Lee JS, et al. Sacrococcygeal teratomas in newborns: a comprehensive review for the radiologists. *Acta Radiologica* 59;2018:236-246.