

RETRORECTAL EPIDERMOID CYST; CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Retrorektal epidermoid kist; Olgu sunumu eşliğinde literatüre bakış

Bülent Çalık¹, Nihat Zalluhoğlu¹, Şafak Öztürk¹, Ebru Arabacı Çakır², Barış Türker¹, Kamil Pehlivan¹, Dilek Kuzukıran¹, Gökhan Akbulut¹

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi¹ ve Patoloji Kliniği², İZMİR

Corresponding address: Dr. Bülent Çalık, E mail: calikbulentdr@yahoo.com

Cer San D (J Surg Arts), 2015(1):16-19.

<http://dx.doi.org/10.14717/jsurgarts.2015.171>

ABSTRACT

Tumor formation in the retrorectal field is infrequent. Tumors that occur in this area are often heterogeneous. These tumors are usually detected incidentally during pelvic or rectal examination. Character of tumor determined width of surgery for retrorectal tumors. A patient that have retrorectal tumor detected incidentally during a gynecological examination is discussed in with current literature in this article.

Key words: Retrorectal tumor, epidermoid cyst, and management.

ÖZET

Retrorektal bölgede tümör oluşumu nadirdir. Bu alanda oluşan tümörler çoğunlukla heterojendir. Bu tümörler genellikle pelvik veya rektal muayene sırasında tesadüfen saptanırlar. Retrorektal tümörlerde cerrahinin boyutunu tümörün karakteri belirler. Bu makalede jinekolojik muayene sırasında tesadüfen saptanan retrorektal tümörlü bir hasta güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Retrorektal tümör, epidermoid kist ve tedavi.

GİRİŞ

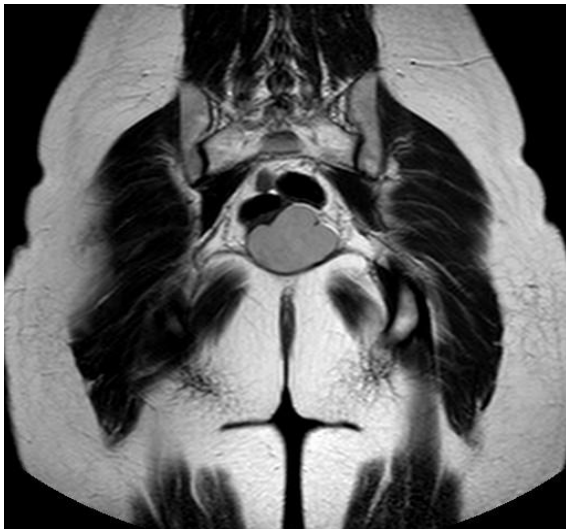
Retrorektal alan presakral alan olarak bilinir. Gevşek bağ dokusu ile kaplanmıştır. Sınırlarını önde rektumun fasiya propria rektisi, arkada presakral fasiya, üstte peritoneal kıvrım, altta rektosakral fasiya, dışta ise lateral ligamentler, ureterler ve iliak damarlar oluşturur (1). Retrorektal bölgede tümör oluşumu nadirdir. Retrorektal alanda değişik dokulardan türemiş (nöroektoderm, notokord ve arka barsak) çok sayıda embriyolojik kalıntı bulunmaktadır. Bu alandan çıkan tümörler çoğunlukla heterojendir. Bu lezyonlar benign kistlerden çevre pelvik yapıları istila eden karmaşık malign kitleler arasında değişir. Konjenital lezyonlar daha sık olup retrorektal lezyonların yaklaşık 2/3'ünü oluştururlar. Gelişimsel kistler erişkinlerde retrorektal alanda en çok görülen konjenital yapılarıdır. Gelişimsel kistler üç germ yaprağının tümünden kaynaklanabilir. Dermoid ve epidermoid kistler benign lezyonlar olup ektodermden kaynaklanırlar. Yetişkin-

lerde bu tümörlerin nadir olmasından dolayı ameliyattan önce ayırıcı tanı çok zordur (2).

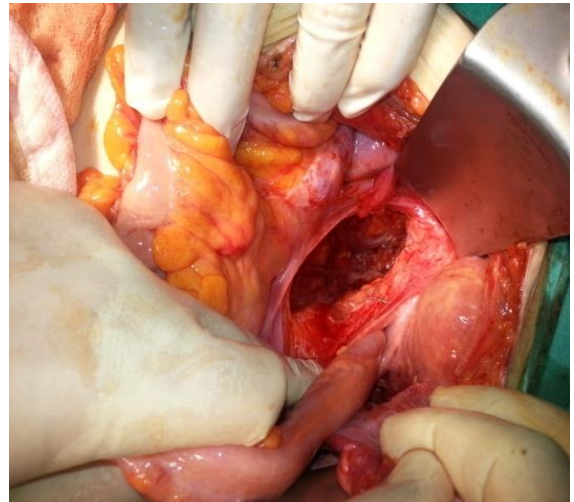
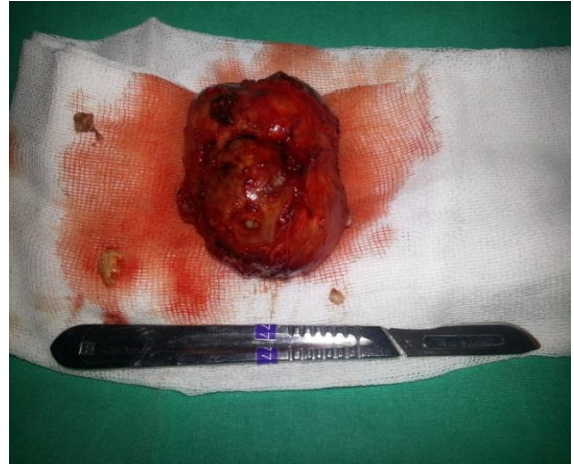
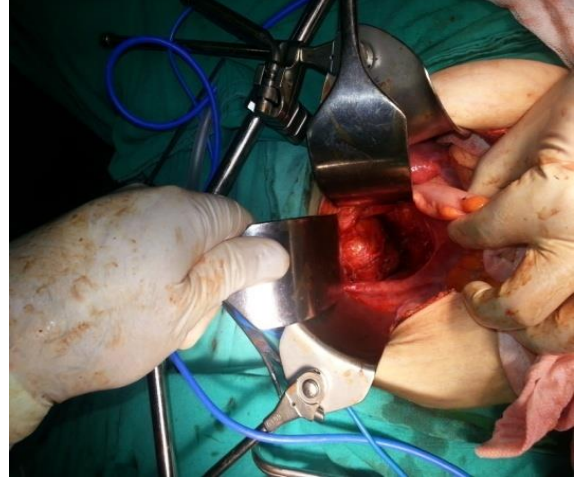
Olgu

Otuziki yaşındaki kadın hasta, rutin jinekolojik muayene sırasında vajinal ultrasonografide rektum posteriorunda yaklaşık 59x41 mm çapında kistik kitle saptanması üzerine genel cerrahi polikliniğine yönlendirilmiş. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın zaman zaman ağrılı defekasyonu ve kuyruk sokumu bölgesinde ağrı yakınması oluyormuş. Düzenli ilaç kullanım öyküsü yoktu. Rektal tuşede posterior- da lipomatöz kıvamda kitle palpe edildi. Periferik kan sayımı, biyokimyasal tetkikler ile CEA ve CA19-9 seviyeleri normal sınırlarda idi. Flexible rektosigmoidoskopide rektum ve sigmoid kolonda intramukozal patolojik lezyon izlenmedi. Abdominal ultrasonografiyle doğrulanan kitle için çekilen pelvik MRI incelemede rektum posteriorunda orta hatta T2 yüksek, T1 düşük sinyalli paramanyetik ajan enjeksiyonundan

sonra parlaklaşmanın görülmediği 56x60 mm boyutlarında overler ile ilişkisi olmayan kistik lezyon saptandı (Şekil 1). Hasta onkoloji konseyinde görüşüldü ve kitlenin eksizyonuna karar verildi. Ameliyat transabdominal gerçekleştirildi. Rektum tam olarak mobilize edildi. Kitlenin rektum ve kemik yapılarına invazyonu yoktu. Kitle çevre dokulardan diseksiyonla ayrıldı ve bütünlüğü bozulmadan tam olarak çıkarıldı (Şekil 2). Histopatolojik değerlendirmede makroskopik olarak 6x5x3.5 cm boyutlarında dış yüzü kapsüllü, nodüler görünümde operasyon materyali gözlendi. Kesitlerinde lümenin tamamen krem kahverengi renkte yumuşak kıvamda presipite nitelikte materyal ile dolu olduğu görüldü. Duvar kalınlığı 0,2 cm çapta ölçüldü. Mikroskopik kesitlerde çok katlı yassı epitelyum ile döşeli lümeninde lameller keratin bulunan kistik lezyon görüldü. Kist duvarında deri ekleri veya diğer germ yapraklarına ait eleman mevcut değildi (Şekil 3). Takiplerinde sorun gelişmeyen hasta postoperatif yedinci günde şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1: Pelvik MR incelemede; presakral mesafede kistik tümöral lezyon.



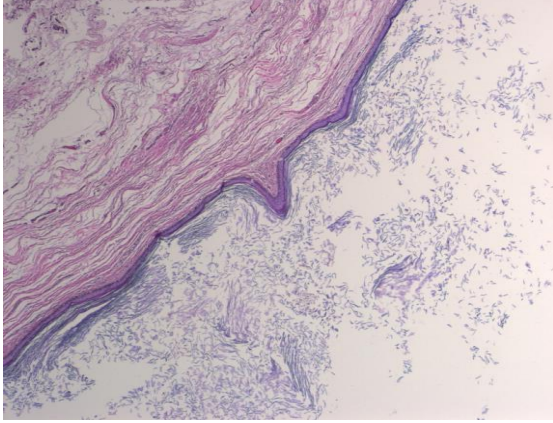
Şekil 2: Ameliyat görüntüleri; kitle (orta) ile çıkarılmadan önceki (üst) ve sonraki ameliyat sahası (alt).

TARTIŞMA

Retrorektal tümörlerin genel popülasyondaki sıklığı bilinmemektedir. Uhlig ve Johnson, metropol nüfusunda yılda iki retrorektal tümör insidansını göstermiştir (3). Jao ve ark. ise 40.000 hastaneye yatıştan

birinden retrorektal tümörlerin sorumlu olduğunu bulmuşlardır (4).

Retrorektal tümörlerin farklı doğasını kategorize etmek için çeşitli sınıflandırma sistemleri önerilmiştir. Uhlig ve Johnson ilk olarak retrorektal tümörleri konjenital, nörojenik, kemiksel, inflamatuvar ve diğerleri şeklinde geniş bir kategori içinde sınıflandırmıştır. Dozois ve ark. Uhlig ve Johnson'un sınıflandırmasını modifiye etmişler ve onları terapötik yaklaşımları her biri için farklı olan benign ve malign antiteler olarak alt gruplara ayırmışlardır (5).



Şekil 3: Çok katlı yassı epitel ile döşeli lümeninde lamellar keratin bulunan kistik lezyon (H&E, X100)

Retrorektal tümörler doğası gereği sessiz seyirlidir. Genellikle pelvik veya rektal muayene sırasında tesadüfen saptanırlar. Pelvik iç organların veya sinirlerin basısı veya invazyonu çoğu semptomların kaynağıdır. Hastalar yürüme ve ayakta durmayla hafifleyen oturma ile artan, belirsiz ve uzun süredir devam eden bel ağrısından şikayet edebilirler. Kabızlık, rektal ve üriner inkontinans ve cinsel işlev bozukluğu gibi spesifik şikayetler ile başvuran hastalarda sakral kök invazyonu veya büyük bir tümör mevcut olabilir. Hastalar ayrıca perineal akıntıdan şikayet edebilirler ve anüs veya gluteal kasın posteriorunda orta hatta çukurlaşma olabilir. Bu duruma bağlı olarak hastaya yanlışlıkla fistül veya pilonidal hastalık tanısı konabilir. Ağrı genel olarak malign retrorektal tümörler ve sekonder enfeksiyon gelişmiş benign tümörlerde görülen semptomdur (6).

Rektal muayene lezyonun proksimal seviyesinin, fiksasyonun derecesinin ve diğer pelvik organlarla ilişkisinin anlaşılmasında esastır. Genel olarak, retrorektal tümörlerin başvuru semptomları spesifik değildir ve literatürde fiziksel bulgular geniş bir yelpazede değişkenlik gösterir.

Retrorektal tümörlerin tanısında seçilen görüntüleme modaliteleri olarak CT ve MRI düz radyografların yerini almıştır. Düz radyograflar ise kemik destrüksiyonları ve/veya kordomalara sekonder yumuşak doku kalsifikasyonları, sarkomlar ve dev hücreli tümör, anevrizmal kemik kisti, nöroleiomyoma gibi lokal agresif tümörleri aydınlatır. Retrorektal tümörlerinin tanı ve yönetiminde yardımcı olabilecek diğer görün-

tüleme teknikleri anjiyo ve venogram, endorektal ultrason (ERUS) ve fistulogramları içerir. Anjiyografi ve venograma, tümörün kitle etkisine sekonder bir bozulma varsa vasküler anatomi ve tutulumu belirlemek için MRI (MR anjiogram ve venogram) eklenebilir. ERUS lezyonun kistik yada solid olup olmadığını ve rektal tutulumu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Fistulogramlar olası gelişimsel kisti değerlendirmek için bir kronik sinüs drenaj ile başvuran hastalarda kullanılmaktadır. Şu anda, MRI ile birlikte kullanıldığında CT retrorektal tümörlerin tanısında altın standarttır. Yumuşak dokuyu değerlendirmek ve MRI ile ilgili gelişmiş yetenekleri kullanarak diğer yapıların konumsal ilişkisini belirlemek cerrahi yaklaşımın (anterior, posterior, kombine) ve rezeksiyonun seviyesi ve kapsamının (lokal veya enblok) belirlenmesinde son derece önemlidir (7,8).

Tarihsel olarak, retrorektal tümörlerde preoperatif biyopsinin rolü tartışmalı olmuştur. Dozois ve ark. tarafından savunulan, preoperatif doku tanısı solid ve heterojen kistik tümörlerin yönetimi için esastır. Tamamen kistik lezyonlara nadiren biyopsi yapılmalıdır; genellikle iyi huyludur ve ikincil enfeksiyon riski vardır. Yapıldığı zaman preoperatif biyopsi sonuçları hastanın yönetim algoritmasını etkileyecektir. Örneğin, Ewing sarkomu, osteojenik sarkom, neurofibrosarcomas ve desmoid tümörler neoadjuvan tedaviden fayda görür. Olgunun yönetimi ile bağlantılı olarak preoperatif biyopsi de tümörün prognostik özelliklerinin belirlenmesinde yardımcı olur (7,8).

Retrorektal tümörler için uygun cerrahi yaklaşım, komşu iç organların, sakrum veya pelvik yan duvarların tutulumu yanı sıra lezyonun lokalizasyonu, doğası ve boyutunu gösteren uygun görüntüleme ile tespit edilir. Cerrahinin boyutu tümörün karakteri tarafından belirlenir: Benign retrorektal tümörler tam gros rezeksiyon gerektirir, oysaki malign tümörler veya tutulan komşu organların en blok rezeksiyon içeren radikal rezeksiyon gerektirir. Eğer tümör maligne tam olmayan rezeksiyon lokal rekürrensi arttıracak ve sağkalımı azaltacaktır. Retrorektal tümörlerin rezeksiyonu için yaygın yaklaşımlar anterior (transabdominal), kombine abdominoperineal, ve posterior (perineal) yaklaşımlardır. Genellikle, S3 seviyesinin üzerindeki tümörler anterior veya kombine yaklaşım gerektirir; S3 seviyesinin altındaki küçük lezyonlar posterior yaklaşım kullanılarak uzaklaştırılabilir (9).

Sonuç olarak, retrorektal alanda ortaya çıkan tümörler tanı güçlüğüne yol açan nonspesifik belirti ve bulgulara neden olan nadir lezyonlardır. Tanı için yüksek klinik şüphe gereklidir. Kesitsel görüntüleme retrorektal tümörlerin değerlendirilmesi için zorunludur, lezyonun solid veya kistik doğası, tümörün uzanımının saptanması ve doğru cerrahi yaklaşımın planlanmasına yardımcı olur. Görüntü kılavuzluğunda biyopsi ile ameliyat öncesi doku tanısı solid ve heterojen kistik tümörlerin tedavisi için çok önemlidir. Yüksek malignite şüphesi olmadıkça tamamen kistik lezyonlarda biyopsi yapılmamalıdır. Sonuç olarak, bu

tümörlerin tedavisinde başarı şansını arttırmak için multidisipliner bir yaklaşım gerekir.

REFERENCES

1. Eser O, Arıkan Y, Korkmaz S, Tokyol Ç, Karavelioğlu E, Boyacı MG. Presakral Kist: Olgu Sunumu. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2011;12(2):175-8.
2. Leventoğlu S, Mentş BB. Retrorektal Tümörler. *Kolon Rektum Hast Derg* 2007;17(1):61-9.
3. Uhlig BE, Johnson RL. Presacral tumors and cysts in adults. *Dis Colon Rectum* 1975;18(7):581-9.
4. Jao SW, Beart RW Jr, Spencer RJ, Reiman HM, Ilstrup DM. Retrorectal tumors. Mayo Clinic Experience, 1960-1979. *Dis Colon Rectum* 1985;28(9):644-52.
5. Dozois EJ, Jacofsky DJ, Dozois RR. Presacral tumors. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, et al, (Eds.), *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. Springer, New York, 2007, p:501-14.
6. Jeffrey A. Neale MD. Retrorectal Tumors. *Clin Colon Rectal Surg.* 2011;24(2):149-60.
7. Sagar AJ, Koshy A, Hyland OR, Rotimi P, Sagar M. Preoperative assessment of retrorectal tumors. *Br J Surg.* 2014;101(5):573-7.
8. Li GD, Chen K, Fu D, Ma XJ, Sun MX, Sun W, Cai ZD. Surgical strategy for presacral tumors: analysis of 33 cases. *Chin Med J. (Engl).* 2011;124(23):4086-91.
9. Strupas K, Poskus E, Ambrazevicius M. Retrorectal tumours: literature review and vilnius university hospital "santariskiu klinikos" experience of 14 cases. *Eur J Med Res.* 2011;16(5):231-6.