

SOL SİYATALJİ İLE BAŞVURU GÖSTEREN PRESAKRAL ANEVİRİZMAL KEMİK KİSTİ: OLGU SUNUMU

Presacral Aneurysmal Bone Cyst Presenting with Left Sciatica: Case Report

Hakan AK¹, Ergin ARSLAN², Tugay ATALAY¹, Halil İbrahim SERİN³, İsmail GÜLŞEN⁴
Hasan BÖREKÇİ²

ÖZET

Presakral bölge yerleşimli anevrizmal kemik kistleri çok nadir olup yerleşim gösterdikleri seviyeye göre değişik yakınmalara neden olmaktadır. Bunların geleneksel tedavisi cerrahi küretaj ve/veya kemik greftlemedir. Bu kistlerde rekürrens sık görülmektedir. Bu yazıda sol siyatoloji ile başvuran, presakral anevrizmal kemik kisti teşhis konulan ve bu nedenle iki kez opere edilen 34 yaşında bir bayan olgu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: *Kemik kistleri, Anevrizmal, Sakrum, Manyetik rezonans görüntüleme, Küretaj*

ABSTRACT

Aneurysmal bone cyst of presacral region is very rare and lead to various complaints according to their localization. The conventional treatment of them is the surgical curettage with or without bone grafting. Recurrence is the major problem in these cysts. Herein, we are reporting a presacral aneurysmal bone cyst attended with left sciatica that operated twice in a 34 year old female.

Key words: *Bone cysts, Aneurysmal, Sacrum, Magnetic resonance imaging, Curettage*

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim
Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Yozgat

³Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Beyin ve
Sinir Cerrahisi Anabilim dalı, Van

Hakan AK, Yrd. Doç. Dr
Ergin ARSLAN, Yrd. Doç. Dr
Tugay ATALAY, Yrd. Doç. Dr
Halil İbrahim SERİN, Yrd. Doç. Dr
İsmail GÜLŞEN, Yrd. Doç. Dr
Hasan BÖREKÇİ, Yrd. Doç. Dr

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Hakan AK
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim
Dalı, Yozgat

Tel: 0354 2126070

e-mail:

nrsdrhakanak@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 23.07.2014

Kabul tarihi/Accepted: 08.12.2014

Bozok Tıp Derg 2015;5(2):93-6
Bozok Med J 2015;5(2):93-6

GİRİŞ

Presakral (retrorektal) bölgenin sınırlarını posteriorda sakrum, anteriorda rektum, superiorda peritoneal katlantı, inferiorda levator kas ve her iki tarafta da ureterler oluşturmaktadır (1). Bu bölge tümörleri nadirdir ve heterojen bir dağılım göstermektedir (2) Ayırıcı tanıda yer alan oluşumlar konjenital, nörojenik, osseöz, enflamatuvar ve diğer çeşitli lezyonlar olarak altı başlık altında toplanabilir (1).

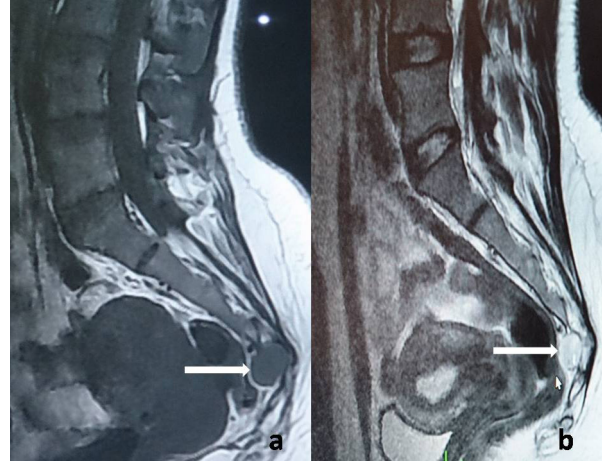
Presakral kistler ise hastaneye başvuran hastaların yaklaşık olarak 40.000'de birinde görülmektedir (3). Bu kistler arasında anevrizmal kemik kistleri çok nadir olarak görülmekte olup literatür olgu sunumu ve olgu serilerinden oluşmaktadır (4). Bu kistler yıkıcı, büyümeye meyilli kemik lezyonları olup çok sayıda kanla dolu kavite içeren konnektif dokunun reaktif proliferasyonu ile karakterizedir (4). Bu kistler yerleşim yerine bağlı olarak bel ve bacak ağrısı, kas kuvvetsizliği, yürüme güçlüğü, bacakta uyuşma, kabızlık, mesane ve veya barsak disfonksiyonu gibi çeşitli yakınma ve bulgulara neden olabilirler (4).

Bu yazıda kliniğimize şiddetli sol siyatıli ile başvuran ve presakral anevrizmal kemik kisti teşhisi konulan 34 yaşında bir bayan hasta sunulacaktır.

OLGU

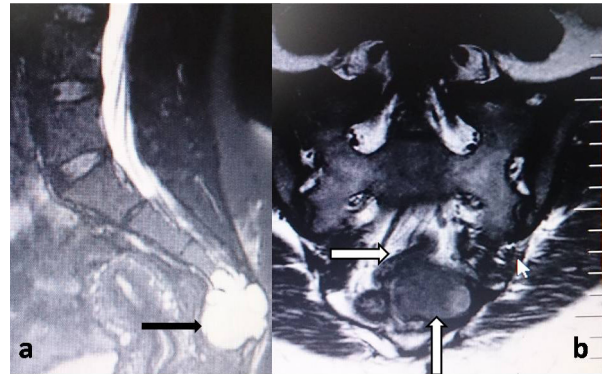
34 yaşında bir bayan hasta çok şiddetli bel ağrısı ve sol siyatıli ile başvurdu. Hastanın bel ve sol bacak hareketleri ağrılıydı. Nörolojik muayenesinde kas gücü olağandı duyu muayenesi olağandı. Sık kabızlık dışında ek şikayeti yoktu. Hasta oral ve parenteral analjezik ilaç tedavilerinden fayda görmedi. Lomber manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) olağan sınırlardaydı. Hastaya sakral MRG planlandı ve bunda sakral 3-4 seviyesinde sol taraf yerleşimli düzgün sınırlı T1 ağırlıklı kesitlerde hipointens, T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens lezyon görüldü (Resim 1).

Analjezik tedavilerden fayda görmeyen ve radyolojik görüntüleme tetkiklerinde başka lezyon görülmeyen hastaya cerrahi planlandı. Sakral bölgede orta hat kesisi sonrası laminektomi ile kist kesesine ulaşıldı.



Resim 1: Hastanın T1 ağırlıklı (a) ve T2 ağırlıklı sagittal düzlem MR görüntülemelerinde S3-4 seviyesinde düzgün sınırlı sırasıyla hipointens ve hiperintens presakral kistik lezyon görülmektedir (beyaz oklar).

Kist içeriği serohemorajik karakterli idi. Sızma şeklinde kanama yapan yoğun kemik erozyonları görüldü. Sakrumun ön tarafının tamamıyla erode olduğu ve ön tarafta direkt rektum ile komşuluk gösterdiği tespit edildi. Cerrahi küretaj sonrası anatomik plana uygun kapatma yapıldı. Operasyon sonrası hasta 9 ay boyunca herhangi bir yakınması olmaksızın takip edildi. Sonraki süreçte operasyon bölgesinden başlayıp sol kalça ve bacağı doğru yayılma gösteren üzerinde ağrı şikayetleri başladı. Kontrol radyolojik tetkiklerinde aynı bölgede benzer lezyon görüldü (Resim 2, 3).

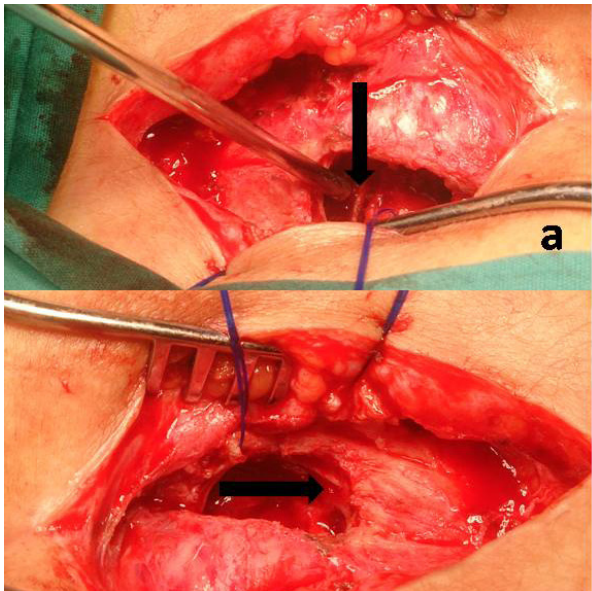


Resim 2: Hastanın T2 ağırlıklı sagittal düzlemde MR görüntülemesinde (a) hiperintens nüks etmiş kistik lezyon görülmektedir. (b) T1 ağırlıklı aksiyel düzlem MR görüntülemesinde kist (dikey ok) ve komşuluğunda rektal kanal (yatay ok) görülmektedir.

Hasta bir yıl sonra şikayetlerin aynı seviyeye gelmesi üzerine tekrar operasyona alındı. Kist kürete edilip kist içeriği patolojiye gönderildi (Resim 4). Patolojide kan elemanları, lenfositler, bol histiyosit ve multinükleer dev hücre varlığı rapor edildi. Kist boşluğuna kanama durdurucu jel sıkılıp boşluk ciltaltından alınan yağ doku ile dolduruldu. Operasyon sonrası hasta operasyon öncesine göre azalmış ağrı şikayeti takip edilmektedir.



Resim 3: Hastanın sagittal düzlem bilgisayarlı tomografisinde (BT) kist ve kemik erozyonu (a) görülmektedir (siyah ok). (b) aksiyel kesit tomografide sol tarafta belirgin kemik erozyonu ve kist yapısı (siyah ok) görülmektedir.



Resim 4: Hastanın intraoperatif görüntülerinde kistin anterior duvarının rektuma komşu olduğu (a) görülmektedir (siyah ok rektal kanalı işaret etmektedir). İntraoperatif görüntülemde siyah o kemik erozyonlarına işaret etmektedir.

TARTIŞMA

Presakral (retrorektal) yerleşim gösteren tümörler konjenital, nörojenik, osseöz, enflamatuvar ve çeşitli olmak üzere 5 ayrı grupta sınıflandırılmaktadır. Konjenital tümörler sınıfını gelişimsel kistler (epidermoid ve dermoid kistler), teratoma, kordoma, anterior meningesel, rektal duplikasyon, ve adrenal artık tümörleri oluşturmaktadır. Nörojenik tümörler grubunda nörofibroma, nörolemmoma, ependimoma, ganglionöroma ve nörofibroma bulunmazdır. Osseöz tümörler grubunu osteoma, osteojenik sarkoma, sakral kemik kisti, Ewing tümörü, dev hücreli tümör, kondromiksoma oluşturmaktadır. Enflamatuvar grupta granüloma, perineal apse, pelvirektal apse, fistula ve koryonik granülomalar bulunur. Çeşitli tümörler grubunda ise metastatik hastalık, lenfanjioma, desmoid tümör, leiomyoma, fibrosarkoma ve endotelioma bulunmaktadır (1).

Presakral kistler nadir olup yaklaşık olarak hastaneye başvuran 40.000 hastada bir oranında görülmektedir (3). Anevrizmal kemik kistleri ise çok daha nadir olup tüm kemik tümörlerinin %1'ini oluşturmaktadır (5). İlk olarak 1942 yılında Jaffe ve Lichtenstein tarafından bildirilmiştir. Bu kistler iyi huylu olmalarına rağmen hızlı büyüme ve osteolitik etki gösterirler. Genellikle uzun kemiklerin metafiz bölgesinde görülürler (5). En sık distal femur veya proksimal tibiada görülürler. Pelvis ve posterior omurga elemanları da sıkça tutulum göstermektedir. Bu kistler nadiren sakrumda görülmektedirler (4).

Anevrizmal kemik kistleri presakral bölgede görüldükleri zaman yerleşim yerine bağlı olarak bel ve bacak ağrısı, kas kuvvetsizliği, yürüme güçlüğü, bacakta uyuşma, kabızlık, mesane ve veya barsak disfonksiyonu gibi çeşitli yakınma ve bulgulara neden olabilirler (3,6). Olgumuzun ilk başvuru şikayeti sol siyatıjli olup, kistin literatürdeki örneğine göre boyut olarak küçük olmasına (6) ve kist lokalizasyonunun S3-4 segmentine denk gelmesine rağmen hastamızda oluşturduğu dayanılmaz ağrı mekanizmasını açıklamak preoperatif dönemde mümkün görünmemekteydi.

Ancak her iki operasyon sonrası ağrısının tamamıyla geçmiş olması ağrının kiste bağlı olduğunu teyit ettirmiştir. Anevrizmal kemik tümörlerinde lokal nüks ihtimali yüksek olup insidansı %12-31,5 arasında değişmektedir (7). Marcove ve ark.'nın çalışmasında bu oran %59 olarak bildirilmiştir (8). Bizim olgumuzda da 1 yıl sonra nüks nedeniyle hasta tekrar opere edilmek zorunda kalmıştır.

Anevrizmal kemik kistlerinin optimal tedavisi halen tartışmalıdır. Tedavi seçenekleri kemik greftlemenin eş zamanlı yapıldığı veya yapılmadığı basit küretaj, tam eksizyon, embolizasyon, radyasyon tedavisi, kriyoterapi, perkütan intralezyonel enjeksiyon veya bu tedavilerin kombinasyonudur (9,10). Küretaj ve en-blok eksizyon ulaşılabilir lezyonlarda tedavi seçeneği olarak durmaktadır. Bununla birlikte radyoterapi, kriyoterapi, perkütan intralezyoner enjeksiyon ve embolizasyon gibi diğer seçenekler ise ulaşılması daha zor lezyonlar veya nüks lezyonlarda kullanılmaktadır (10). Bizim olgumuzda her iki operasyonda da kist küretajı yapılmıştır. İkinci operasyonda meydana gelen geniş kemik defekti potansiyel boşluğun doldurulması ve kist nüksünün engellenmesi amacıyla kanama durdurucu jel ve yağ doku ile doldurulmuştur.

Sonuç olarak anevrizmal kemik kistlerinin etyolojisi, patogenezi ve tedavi modaliteleri ile ilgili halen aydınlatılması gereken birçok karanlık nokta bulunmaktadır. Özellikle tedavi konusunda henüz bir konsensus sağlanabilmiş değildir. Bilgi düzeyimizin artırılması amacıyla özellikle farklı tedavi modalitelerinin karşılaştırıldığı yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Dunn KB. Retrorectal tumors. Surg Clin N Am. 2010;90(1): 163-71.
2. Jao SW, Beart RW Jr, Spencer RJ, Rejman HM, Ilstrup DM . Retrorectal tumors. Mayo Clinic experience, 1960–1979. Dis Colon Rectum. 1985;28(9):644-52.
3. Sciaudone G, Di Stazio C, Guadagni I, Pellino G, De Rosa M, Selvaggi F. Retrorectal Epidermoid Cyst – a Rare Entity :

the Effectiveness of a Transperineal Posterior Approach. Acta Chir Belg. 2009;109(3): 392-95.

4. Brastianos P, Gökaslan Z, McCarthy EF. Aneurysmal boen cysts of the sacrum: a report of ten cases and review of the literature. Iowa Orthop J. 2009;29:74-8.
5. Han H-J, Lee S-G, Park C-W, Yoo C-J, Kim W-K. Huge aneurysmal bone cyst of sacrum-a case report. Kor J Spine. 2009;6(1):35-9.
6. Yakan S, İlhan E, Cengiz F, Üstüner MA, Tanrıverdi HO. Retrorectal cyst presenting with right sciatica. Eur J Surg Sci. 2012;3(2):59-61.
7. Papagelopoulos PJ, Currier BL, Shaughnessy WJ, Sim FH, Ebersold MJ, Bond JR, Unni KK. Aneurysmal bone cyst of the spine. management and outcome. Spine (Phila Pa 1976). 1998;23(5):621-8.
8. Marcove RC, Sheth DS, Takemoto S, Healey JH. The treatment of aneurysmal bone cyst. Clin Orthop. 1995; 311:157-63.
9. Ozaki T, Halm H, Hillmann A, Blasius S, Winkelmann W. Aneurysmal bone cyst of the spine. Arch Orthop Trauma Surg. 1999; 119(3-4):159-62.
10. Yıldırım E, Ersözlü S, Kırbay İ, Özgür AF, Akkaya T, Karadeli. Treatment of pelvic aneurysmal bone cysts in two children: selective arterial embolization as an adjunct to curettage and bone grafting. Diagn Interv Radiol. 2007;13(1):49- 52.