

Benign Özellikli Retrorektal Kitle Nedeni ile Laparoskopik Cerrahi Yapılan İki Olgu Sunumu

Laparoscopic Surgery with Benign Features of Retrorectal Mass: A Report of Two Cases

© Sadettin Er, © Bülent Cavit Yüksel, © Deniz Tikici, © Barış Doğu Yıldız

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği/Kolorektal Cerrahi, Ankara, Türkiye

ÖZ

Tailgut kisti retrorektal/presakral mesafede görülen nadir konjenital hastalıktır. Anatomik pozisyonu ve lezyonun nadir görülmesi genellikle cerrahi yönetim ve tanıda zorluğa neden olur. Laparoskopik yaklaşımı kullanarak retrorektal tailgut kist olgularını sunduk. Her iki hasta uzun süredir ve özellikle otururken olan anal bölgede ağrıdan yakınmaktaydı. Hastalar dış merkezde yapılan tetkiklerde, retrorektal bölgede saptanan kitle nedeni ile merkezimize yönlendirilmiş. Manyetik rezonans görüntüleme tetkiklerinde, her iki hastada benign özellikte retrorektal bölgede kitle mevcuttu. Bu nedenle hastalara laparoskopik yaklaşımı tercih ettik. Burada her iki hastada otururken olan anal bölgedeki ağrı, literatürden farklı olarak klinik prezentasyon göstermekteydi.

Anahtar Kelimeler: Retrorektal mesafe, tailgut kisti, laparoskopik yaklaşım, her iki hastada otururken anal bölgede ağrı

ABSTRACT

The tailgut cyst is a rare congenital disease of presacral/retrorectal space. The rarity of the lesion and its anatomical position usually lead to difficulty in diagnosis and surgical management. We present cases of retrorectal tailgut cyst managed using a laparoscopic approach. Both patients had long-term complaints of pain in the anal area, especially when sitting. The patients were referred to our center for masses detected in the retrorectal region in the exams conducted in the external center. Magnetic resonance imaging examinations revealed a benign mass in the retrorectal area in both patients. We therefore preferred a laparoscopic approach. In both of our cases, the pain in the anal area upon sitting was a different clinical presentation than that described in the literature.

Keywords: Retrorectal space, tailgut cyst, laparoscopic approach, the pain in the area which was sitting in both patients

Giriş

Retrorektal kitleler genellikle 40,000'de 1 oranında görülen nadir lezyonlardır.¹ Bunlar içerisindeki tailgut kistleri ünilocüler olabilen, tipik olarak multikistik ve kapsülü olmayan iyi sınırlı kitlelerdir.² Tailgut kistleri yenidoğanlarda tanı alan, konjenital lezyonlar olmasına rağmen hayatın 4-6. dekadında da tanı alabilir.³ Özellikle kadınlarda daha yaygın olarak görülür.⁴ Tüm tailgut kistlerinin yarısı asemptomatik karakterde ve bazen araştırma esnasında hastalarda insidental olarak saptanır.⁴

Lezyonun nadir görülmesi ve anatomik lokalizasyonundan dolayı ilk olarak tanıda ve ikinci olarak da cerrahi tedavide zorluğa neden olur.⁵

Literatürde, cerrahi tedavide abdominal ya da anterior, transsakral ya da posterior ve kombine abdominosakral yaklaşımlar tanımlanmıştır. Yine trans-vajinal ya da trans anorektal yaklaşımlar nadir olarak bildirilmiştir.⁶ Literatürde diversiyon kolostomi uygulanan hastalarda tanımlanmıştır.⁷ Biz de olgularımızda minimal invaziv cerrahi olarak ve her iki olgunun da benign natürde olduğunu düşünerek, laparoskopik cerrahi yöntemini tercih ettik.



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Sadettin Er

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği/Kolorektal Cerrahi, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 505 779 79 29 E-posta: ersadettin74@gmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0003-0712-3153

Geliş Tarihi/Received: 11.07.2017 Kabul Tarihi/Accepted: 17.08.2017

Olgu Sunumları

Olgu 1

Olgu yazımı için “bilgilendirilmiş olur onamı” alınan hasta, yaklaşık bir yıldır özellikle pelvik bölgede olan karın ağrısı ve otururken artan anal bölgede ağrı tarifleyen 27 yaşındaki kadın hasta değerlendirildi. Öz geçmişi idiyoPATİK trombositopenik purpura ve kortikosteroid kullanımı dışında bir özellik yoktu. Dış merkezde yapılan alt abdomen ultrasonografide pelvik kitle saptanan hasta kliniğimize yönlendirilmiş. Kontrastlı pelvik manyetik rezonans (MR) presakral alanda rektumu öne iten, inferiorda anal kanal posterioruna ve süperiorda presakral-prekoksigeal alana doğru uzanan 5,8x5,2x7,3 cm ebatlarında düzgün konturlu, yoğun içerikli kistik yapıda yumuşak doku lezyonu (tailgut kisti?) saptandı (Resim 1). Tümör markırları normal olan hastanın radyoloji ve cerrahi konseyi sonrasında mevcut kitlenin malign komponenti ve invaziv bulgu içermemesi üzerine benign tailgut kisti tanısı ile laparoskopik olarak eksize edildi (Resim 1, 2). Postoperatif dönemde komplikasyon gözlenmeyen hasta 3. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu epidermoid kist (tailgut kisti) olarak raporlandı. Hastadan bilgilendirilmiş olur onamı alınmıştır.

Olgu 2

Olgu yazımı için “bilgilendirilmiş olur onamı” alınan hasta, altı aydır özellikle defekasyon ve otururken anal bölgede ağrı tarifleyen 43 yaşında kadın hasta, dış merkezde yapılan tetkiklerde retrorektal bölgede lezyon tanımlanması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Yapılan pelvik MR’de koksiks distal komşuluğunda, koksiks anteriorunda, rektum posteriorunda yaklaşık 18x12x8 mm ebatlarında

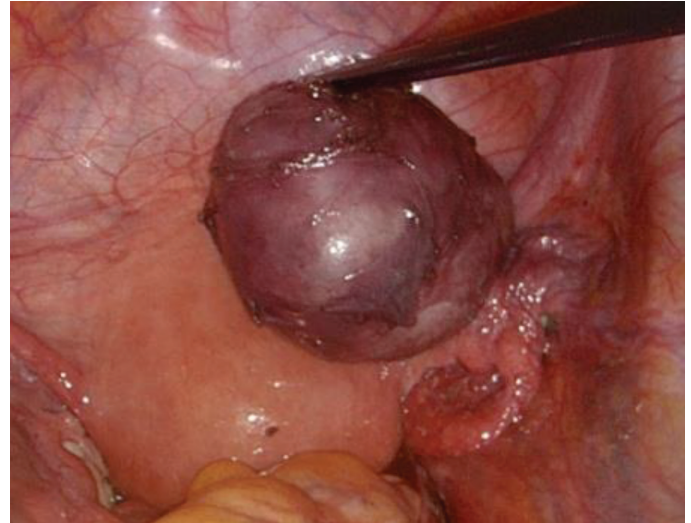


Resim 1. Laparoskopik eksizyon

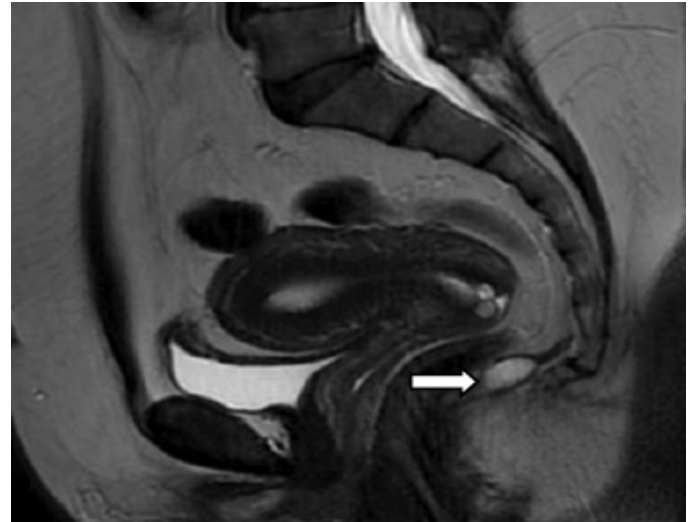
T1A sekanslarda orta seviye, T2A sekanslarda hiperintens intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrasında kontrast tutulumu olmayan düzgün sınırlı kistik (tailgut kisti?) lezyon izlendi (Resim 3). Tümör markırları normal rektal tuşede anal verjden 4 cm kraniyalde rektum posteriorunda yüzeyi düzgün lezyon izlendi. Hastaya yapılan kolonoskopide rektum distalinde posterioru öne doğru iten ekstraluminal kaynaklı olduğu düşünülen lezyon görüldü. Lezyonun benign natürde olduğu düşünülerek laparoskopik eksizyon yapıldı. Postoperatif dönemde problem olmayan hasta 2. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu kronik enflamasyon benign basit kist (tailgut kisti?) olarak raporlandı.

Tartışma

Retrorektal (presakral) bölge, anteriorda rektum, posteriorda sakrum ve koksiks, süperiorda peritoneal



Resim 2. Eksizyon sonrası kitle



Resim 3. Beyaz okla gösterilen kitle. Retrorektal mesafeye lokalize

refleksiyon, inferiorda levator ani ve koksigeal kaslar ve lateralde iliyak vasküler yapılar ve üreter ile sınırlıdır.^{8,9} Retrorektal tailgut kistleri aynı zamanda retrorektal kistik hamartomlar olarak bilinen, retrorektal mesafedeki nadir görülen konjenital lezyonlardır.¹⁰ Embriyojenik hücre kaynaklı bu kistler epidermoid kist, dermoid kist, nörojenik kist, teratom ve enterik kistler olarak sınıflandırılabilir.^{11,12} Retrorektal kistler farklı adlar altında örneğin tailgut kisti, postanal intestin kisti, mukus sekrete eden kist, enterojenöz kist, basit kist, rektum miyoepitelyal hamartomu ve retrorektal kistik hamartom olarak da tanımlanmışlardır.¹³ Bizim olgularımızda patoloji sonucu sırasıyla tailgut kisti ve basit kist olarak raporlandı. Tailgut kistleri genellikle yetişkinlerde asemptomatik olarak seyrederler. Semptomlar organları çevreleyen kitlenin lokal etkisiyle rektal dolgunluk, kabızlık, ağırlı defekasyon, alt abdominal ve sırt ağrısı ve dizüri görülür.¹¹ Literatürde bu kitleler rekürren anal sinüs, fistül ya da anal apse hikayesiyle ortaya çıkabildiği gibi, ürine retansiyon, gaita kalibrasyonunda değişiklikler ve rektal kanama da görülebilir.¹⁴ Bizim her iki olguda da hastaların klinik yakınmaları özellikle otururken anal bölgede hissedilen ağrı semptomlarıydı. Hastaların çoğunluğu asemptomatik olmasına rağmen, uzun dönemde gözlenen perineal bölgede ağrı ve barsak alışkanlığındaki değişikliklerdi.¹⁴ Her iki olgumuzda, anal bölgede otururken görülen ağrı farklı bir klinik semptom olarak değerlendirilebilir. Tedavide kitlenin çevre dokularla ilişkisini ve kitlenin benign ya da malign natürde ayrımını yapmada MR görüntüleme (MRG) bize yardımcı olabilir. Retrorektal kitlelerden biyopsi genellikle tartışmalı bir konudur. Literatürde bu konu ile ilgili olarak, olası displastik hücrelerin potansiyel yayılım riskini artıracığından dolayı önerilmemektedir.³ Görüntülemede saptanan kitlenin nodüler duvar kalınlığı ve artışı, intrakistik vegetasyonlar, belirsiz sınırlar, kitlenin S3 kraniyaline doğru uzanım göstermesi ve lenfadenopati maligniteyi destekleyen bulgulardır.^{15,16} Preoperatif dönemde MRG optimal cerrahi yaklaşımın abdominal, transperineal ya da kombine mi alacağının belirlenmesinde de kritik öneme sahiptir.¹⁵ Transperineal ya da transsakrokoksigeal yaklaşım pelvik lateral duvar, kemik ya da visseral invazyon olmaksızın S3 seviyesi veya inferiorunda sınırlı kitlelerde tercih edilebilir. Fakat daha büyük boyutlu tümörlerde çevre dokulara invazyon gösteren ve MRG'de malignite özelliği taşıyan kitlelerde abdominal ya da kombine yaklaşımlar tercih edilir.¹ Her iki olgumuzda, cerrahi yaklaşım için MRG'yi kullanarak, hastaların görüntüleme bulgularında kitlelerin benign natürde olduğunu düşünerek laparoskopik (abdominal yaklaşım) cerrahi yöntemi tercih ettik. Sonuç olarak,

tailgut kistleri primitif hindgutun en yaygın görülen retrorektal kistlerinin konjenital kalıntısıdır. Bunlar semptomatik ya da asemptomatik olabilir. MRG tanı ve tedavi planlamasında en önemli araçtır. Bu lezyonlar genellikle benign ve prognozları iyidir. Bizim olgularımızda literatürden klinik prezentasyon açısından bir farklılık olarak, hastalarımız otururken artan ve anal bölgede hissedilen ağrı yakınmalarıydı. Böyle benign özellikli lezyonlarda, abdominal-laparoskopik cerrahi yöntem hastaların ağrı, erken mobilizasyon ve işe erken dönüş gibi avantajları düşünüldüğünde iyi bir seçenek olacağı kanaatindeyiz.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: S.E., B.C.Y., Konsept: S.E., Dizayn: B.D.Y., Veri Toplama veya İşleme: S.E., D.T., Analiz veya Yorumlama: S.E., B.C.Y., B.D.Y., Literatür Arama: S.E., Yazan: S.E.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Chéreau N, Lefevre JH, Meurette G, Mourra N, Shields C, Parc Y, Turet E. Surgical resection of retrorectal tumours in adults: long-term results in 47 patients. *Colorectal Dis* 2013;15:e476-482.
2. Prasad AR, Amin MB, Randolph TL, Lee CS, Ma CK. Retrorectal cystic hamartoma: report of 5 cases with malignancy arising in 2. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124:725-729.
3. Akbulut S. Unusual cause of defecation disturbance: a presacral tailgut cyst. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013;17:1688-1699.
4. Joyse EA, Kavanagh DO, Winler DC. A rare cause of low back pain: report of tailgut cyst. *Case Rep Med* 2012;2012:623142.
5. Lin C, Jin K, Lan H, Zeng L, Lin J, Chen W. Surgical management of retrorectal tumours: a retrospective study of a 9 year experience in a single institution. *Onco Targets Ther* 2011;4:203-208.
6. Arenda -Narvaez JM, Gonzalez-Sanchez AJ, Montiel-Casado C, Sanchez-Perez B, Jimenez-Masure C, V alle-Carbozjo M, Santoyo- Santoyo J. Posterior approach (Kraske procedure) for surgical treatment of presacral tumours. *World J Gastrointest Surg* 2012;4:126-130.
7. Hjernstad BM, Helwig EB. Tailgut cysts. Report of 53 cases. *Am Clin Pathol* 1988;89:139-147.
8. Bullard Dunn K . Retrorectal tumours. *Surg Clin North Am* 2010;90:163-171.
9. Jain P, Hawkins S, King A, Tailgut cyst . *Australas Radiol* 1997;41:207-210.
10. Hutton KA, Benson EA. Case report: Tailgut cyst-assessment with transrectal ultrasound. *Clin Radiol* 1992;45:288-289.

11. Rossa G, Lolli P, Vergine M, El-Dalati G, Malleo G. Surgical excision of developmental retrorectal cysts: results with long-term follow up from a single institution. *Updates Surg* 2012;62:279-284.
12. Doyle D, Wyse G, Casey M, Kelly D. Answer to case of the month 109, Retrorectal cystic hamartoma. *Can Assoc Radiol J* 2006;57:179-181.
13. Kildusis E, Samalavicius NE. Surgical management of a retro-rectal cystic hamartoma (tailgut cyst) using a trans-rectal approach: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2014;8:11.
14. Bathla L, Singh L, Agarwal PN. Prem Narayan Agarmal, retrorectal cystic hamartoma(tailgut cyst): report of a case and review of literature. *Indian J Surg* 2013;75(Suppl 1):204-207.
15. Aflalo-Hazan Rousset P, Mourra N, Lewin M, Azizi L, Hoeffel C. Tailgut Cysts: MRI finding. *Eur Radiol* 2008;18:2586-2593.
16. Yang B-L. Retrorectal tumors in adults: Magnetic resonance imaging findings. *World J Gastroenterol* 2010;16:5822.