Çağdaş Cerrahi Dergisi 3: 44-46, 1989

Retrorektal Dermoid Kistler
"İki olgunun sunumu"

Olcay ALVER (Prof.Dr), Bayram KAYABAŞI (Doç.Dr.), Vedat DURGUN (Uzm.Dr)
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Rektumda dolgunluk duyumu, kitle varlığı ve dispareuni gibi belirtilere yol açan retrorektal yerleşimli dermoid kistin geliştiği iki olgu sunuldu.

Retrorektal kistlerin tanısına başlıca, yerel fizik muayene, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile ulaşıldı.

Her iki olgu posterior perineal giriş yoluyla gerçekleştirilen yerel eksizyon ile tedavi edildi.

SUMMARY

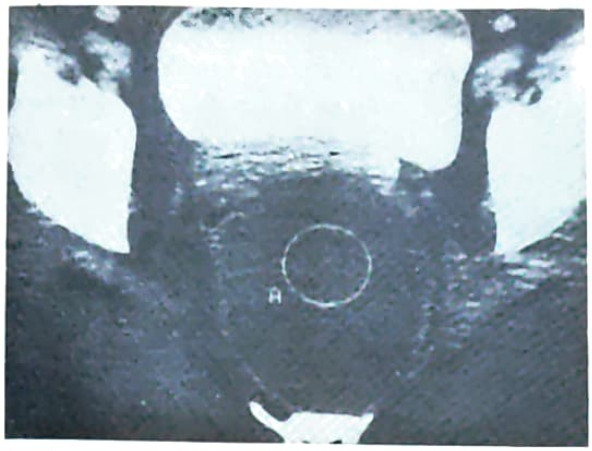
Dermoid Cysts of Retrorectal Origin (Presentation of two cases)

Two cases of developmental (dermoid) cysts of retrorectal origin giving rise to sensation of fullness and lump in the rectum and dyspareunia were presented. The diagnosis of retrorectal cysts was established mainly by local physical examination, ultrasonography and CAT scan. Both of the patients have been treated with local excision through posterior perineal approach.

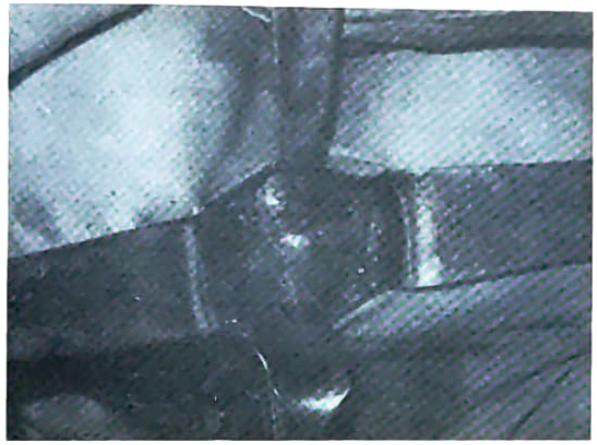
Retrorektal aralık genellikle düşünüldüğünden daha sık oranda çok çeşitli hastalıkların geliştiği bir bölgedir. Retrorektal aralıktan kaynaklanan hastalıklar rektum, sakrum ve herhangi bir yumuşak doku oluşumunu tutabilir. Retrorektal hastalıklar her yaşta ve her iki cinste de meydana gelebilir [10].

Retrorektal alan, önde rektumun arka duvarı, arkada ise sakrumun ön yüzeyi ile sınırlanan potansiyel bir aralıktır. Bu aralığın alt sınırını başlıca levator ani ve koksigeus kaslarının bulunduğu pelvik döşeme oluşturur. Rektum pelvik döşemeden geçerken sabit durumdadır. Retrorektal aralığın üst sınırı üçüncü sakral vertebraya yandaş rektosigmoid birleşeğin peritoneal kıvrımı ile kısıtlanır. Presakral veya retrorektal aralık, iki fasiyal tabaka ile sınırlanır. Fascia pelvis parietalis interna veya Waldeyer fasyası ön sakral yüzeyi, fascia propria ise arka rektum duvarını örter. Presakral aralıkta, retrorektal yağlı gözeli doku, lenf düğümleri ve hemoroidal damarlar bulunur. Sözkonusu iki fasiyal tabaka arası presakral veya retrorektal aralık olarak adlandırılır. Presakral aralık içerisinde sakral ve hipogastrik sinir pleksusunun dalları, sakralis media ve iliolomber arter dalları bulunur [3,5]. Retrorektal aralıkta en sık görülen tümörler gelişimsel kistlerdir. Bunlar içerisinde de başta dermoid kistler, daha az oranda olmak üzere enterik duplikasyon kistleri ya da postanal barsak kistleri ile karşılaşılır [10]. Yakın geçmişte kliniğimizde karşılaştığımız, belirtilere yol açan iki retrorektal dermoid kist olgusunun ilgili literatür ışığı altında sunumu bu yazının amacını oluşturmaktadır.

OLGU 1: Müş.No.M-3495, A.T., 35 yaşında kadın. Rektumda dolgunluk hissi ve dispareüni yakınmaları bulunan, ayrıca üç ay önce yapmış olduğu doğum sırasında, makatının arka tarafında bir kitle varlığını algılayan hasta 8.10.1987 de kliniğimize yatırıldı. Rektal tuşe ve proktoskopik incelemede anüsten 10 cm proksimal düzeyde başlayan, 8x5 cm boyutlarında immobil retrorektal kist saptandı. Ultrasonografik incelemede uterus arkasında 8x9 cm büyüklüğünde düzenli konturlu, anekojen kistik oluşum, bilgisayarlı tomografide, rektumda 8x5x5 cm boyutlarında düzgün kenarlı hipodens kistik yer kaplayan lezyon (Şekil 1) saptandı. Hasta 12.10.1987 de ameliyata alındı. Litotomi pozisyonunda anus ile koksiks arasında açıklığı yukarı bakan yarım daire şeklinde 5 cm lik kesi ile retrorektal aralığa girildi. İntrarektal Foley balonu kılavuzluğunda künt ve keskin disseksiyonla 8x5x4 cm büyüklüğünde ovoid biçimli, düzgün yüzeyli kist eksize edildi (Şekil 2). Biopsi raporu (9327/87): 7x5x4 cm ölçülerinde dış yüzü düzgün görünümlü, içinden granüler yapıda sarı beyaz renkli materyel boşalan, iç



Şekil 1. Retrorektal dermoid kistin transversal kesitteki BT görünümü.



Şekil 2. Retrorektal dermoid kistin ameliyattaki görünümü.



Şekil 3. Retrorektal dermoid kistin ameliyat piyesi.

yüzü beyaz renkli bir madde ise sıvanmış kistik yapı (Şekil 3). Materyelden hazırlanan kesitlerde lümeni çok katlı yassı epitelle döşeli, duvarı taze kanama alanları içeren bağ doku ile çevrili kistik yapı görülmektedir. Bu kistin lümeni eozinofilik lameller bir madde ile doludur. Kist duvarında deri adneksleri görülmemiştir. Histopatolojik görünüm epidermal inklüzyon kisti ile uyumludur. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden ve 20.10.1987 de taburcu edilen hasta 10 aydan beri izlenmekte olup herhangi bir yakınması bulunmamaktadır.

OLGU 2: Müş.No.M-8166, F.A., 51 yaşında kadın. Kuyruksokumunda ele gelen şişlik ve makatta dolgunluk hissi yakınmalarıyla 11.7.1988 de kliniğimize yatırıldı. Lokal muayenede, koksiks ile rektum arka duvarı arasında yeralan, ekstraluminal konumlu, anal kenardan 4 cm uzaklıkta, 3 cm çapında, küresel, elastik kıvamlı, düzgün yüzeyli ağrısız mobil kitle saptandı. Hasta 15.7.1988 de ameliyata alındı. Litotomi pozisyonunda koksiks ucu ile anus arasında açıklığı yukarıya bakan yarım daire şeklinde kesi ile presakral aralığa girildi. Künt ve keskin disseksiyonla kistik kitle ekstirpe edilip loja Penrose dren konulduktan sonra kesi kapatıldı. Biopsi raporu (7473/88): 2,5x2x1 cm ölçülerinde içi boş olarak gönderilmiş kistik yapı. İncelenen kesitlerde, yüzeyde parakeratoz ve hiperkeratoz gösteren epidermis izlenmektedir. Epidermis bir alanda düzenini kayberek burada yerini içi eritrositlerle dolu damar kesitleri, genç bağ dokusu elemanları ve mononükleer iltihap hücrelerinden oluşan granulasyon dokusu almaktadır. Bu doku içinde yer yer hiperkromatik nüveli çok katlı yassı epitel hücre gurupları mevcuttur. Patolojik tanı: Kist sebase. postoperatif dönemi sorunsuz geçen ve 21.7.1988 de şifa ile taburcu edilen hastamız 2 aydan beri izlenmekte olup herhangi bir yakınması bulunmamaktadır.

İRDELEME

Dermoidler gelişimsel kökenli olup embryo gelişimi sırasında ektodermin özürlü birleşimi ile ilgili olarak meydana gelirler. Olasılıkla ektodermin bir kısmı presakral koksigeal bir alanda tutuklanır [7]. Dermoidlere genellikle yetişkin çağda ve kadın hastalarda rastlanmaktadır [7,10]. Retrorektal tümörler sıklıkla belirtisiz olup olağan tuşe rektal, proktoskopik veya lavman opak incelemeleri sırasında rastlantı ile tanılanır [1,2,5,8]. Retrorektal tümörler büyüdükçe basıya bağlı belirtiler gelişir. Pelviste dolgunluk duyumu, kabızlık ve dizüri olağan yakınmaları oluşturur. Tümör disparcüniye yol açabilir [7]. Sırtın alt bölümünde yerleşen ağrı oldukça sık bir belirti olup böyle bir yakınması olan tüm hastalarda tuşe rektal yapılması önemlidir. Sinirlerin dıştan bası altında kalması perine ve bacaklarda ağrı ve uyuşma, ayrıca fekal ve üriner inkontinansa yol açabilir [10].

Bizim olgularımız rektumda dolgunluk duyumu, kuyruksokumunda şişlik ve dispareüni gibi yakınmalar nedeniyle başvurmuşlardır. Birkısım dermoidler enfekte olup komşu organlarla sinüs ve fistüller oluşturan tekrarlayıcı retrorektal abseler şeklinde ortaya çıkarlar. Akıntılı sinüs veya fistülden sebum ve kıl gelmesi dermoid kist için özgün bir bulgudur. Bazan da sakral osteomyelite yol açabilirler [7,10]. Yine dermoid tümörler, tekrarlayıcı menenjitlerin sebeplerinden birini oluştururlar. Çünkü bazı olgularda bir dermoid tümör dermal sinüs ile subaraknoidal aralık arasında bağlantı gösterebilir. Bazan keratin, kolesterol ve lipoid madde içeren kistin steril kapsamı subaraknoidal aralığa boşalarak steril kimyasal araknoidite yol açabilir. Presakral alanın myelografi dahil radyolojik incelenmesi aseptik veya rekürren bakteriyel menenjitin ayırıcı tanısında gereklidir [6].

Dermoid kistler tek veya multiloküler olup genellikle küçük boyutlardadır (2-4 cm). Ancak bazan büyük boyutlara da ulaşabilir [7]. Histolojik olarak dermoid kistler çok katlı yassı epitel ile örtülüdürler. Kist duvarında kıl folikülü, ter ve yağ bezleri gibi deri ekleri bulunur. Bu kistlerde habis yozlaşma ya da kireçlenme nadirdir [10].

Radyografi, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi, rektumu öne iten retrorektal kitlenin varlığını doğru şekilde ortaya koyabilir [11]. Komplikasyon yapmamış büyük kistler baryumlu grafide rektum arka duvarında impresyon şeklinde görülürler. Bunlarda rektal mukoza ve sakrum genellikle normaldir. Ancak bazı olgularda basıya bağlı kemik erozyonları bildirilmiştir [5]. Preoperatif tanı, kaviteyle ilişkili olan sinüs traktusuna kontrast madde verilerek yapılan sinografi ile de doğrulanabilir [7,10]. Pelvisin kontrastsız ya da kontrastlı bilgisayarlı tomografi incelemesinde teratomdan farklı olarak kireçlenme veya çoğul doku yoğunlukları göstermeyen retrorektal düzgün kenarlı, hipodens, kistik kitle saptanır [7,9]. Birinci olgumuzda sözkonusu tanımlamalar ile bağdaşan ultrasonografik ve tomografik bulgular gözlenmiştir (Resim 1,2,3). Retrorektal dermoid kistlerin ayırıcı tanısında teratom, kordoma, meningosel ve diğer presakral tümörler gözönünde bulundurulmalıdır.Genellikle çocuklarda rastlanan teratomların radyolojik, ultrasonografik ve tomografik incelemelerinde, kireçlenmeler, kemiksi ögeler veya dişler saptanır[4].Kordoma, kemik yıkımının yanısıra diğer özgül radyografik bulgular gösterir[7]. Erişkinde meningosel seyrek olup radyolojik incelemede sakral defektin varlığı ile özellenir ve tanının doğrulanması myelografiyi gerektirir[7]. Sakrumun primer kemik tümörleri ise ayırıcı tanıda genellikle sorun yaratmaz. Genel kural olarak retrorektal tümörlerin tedavisini cerrahi eksizyon oluşturur [7,10]. İnfekte dermoidlerde bu işlem oldukça güçtür ve kalıntı dokudan kaynaklanan tekrarlayıcı infeksiyonların gelişmesi kaçınılmaz olur [10]. Cerrahi teknik olarak transsakral ve postanal yaklaşımlar tanımlanmıştır. Gerekirse koksiks çıkarılabilir. Koksiksin çıkartılması tümörün tümüyle ve güvenli bir şekilde eksizyonu için alt presakral aralığa daha kolay ulaşılmasına olanak sağlar [7]. Her iki olgumuzdaki retrorektal dermoid kistlere, arka perinede anus-koksiks arası düzeyde uygulanmış, açıklığı yukarıya bakan yarımay biçimi kesi yoluyla kolaylıkla ulaşılmış ve intrarektal Foley balonu kılavuzluğuda kistlerin komplet eksizyonları herhangi bir yan etki yaratmadan gerçekleştirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Campbell WL, Wolff M: Retrorectal cysts of developmental origin. Am J Roentgenol 117:307-313, 1973

2. Castro AF: Presacral tumours. South Med J 54:959-977, 1961

3. Chrispin AR, Fry, IK: The presacral space shown by barium enema. Br J Radiol 36:319-322, 1963

4. Eklof O: Roentgenologic findings in sacrococcygeal teratoma. Acta Radiologica (Diagnosis), 3:41-48, 1965

5. Jackman RJ, Clark PL, Smith ND: Retrorectal tumours. 145:956-962, 1951

6. Larbrisseau A, Revbeyey F, Brochu P, Decarie M, Mathieu J: Recurrent chemical meningitis due to intraspinal cystic teratoma: Case repot J Neurosurg 52:715-717, 1980

7. Localio SA, Eng K, Coppa GF: Anorectal, presacral and sacral tumours. WB Saunders Co, pp. 152-168, 1987

8. Mather BS: Presacral dermoid cyst. Br J Surg 52:198-200, 1965

9. Schey WY, Shkolnik A, White H: Clinical and radiographic considerations of sacrococcygeal teratomas: an analysis of 26 new cases and review of the literature. Radiology 125:189-195, 1977

10. Teplick SK, Stark P, Clark RE, Metz JR, Shapiro JH: The Retrorectal Space Clin Radiol 29:177-184, 1978

11. Weinstein BJ, Lenkey JL, Williams S: Ultrasound and CT demonstration of a benign cystic teratoma arising from the retroperitoneum AJR 133:936-938, 1979