

Olgu Sunumu

Tailgut Kistinin MRG Bulguları ve Literatürün Gözden Geçirilmesi: Olgu sunumu

Murat BEYHAN^{a1}, Berat ACU², Ülkü BEKAR³, Tansu PINARBAŞILI⁴, Malik ÇORAKLI⁵

¹Zile Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Tokat, Türkiye

²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

³Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi-Birtom, Radyoloji Kliniği, Zonguldak, Türkiye

⁴Erdemli Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Mersin, Türkiye

⁵Turhal Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Tokat, Türkiye

ÖZET

Tailgut kisti veya retrorektal kistik hamartoma, retrorektal-presakral boşlukta bulunan ve embriyonik hindgutun kalıntısı olan nadir görülen konjenital bir lezyondur. Orta yaş kadınlarda daha sık görülür. Genellikle asemptomatik olmasına rağmen abdominal ağrı veya konstipasyona neden olabilir. En önemli komplikasyonları, perianal veya anorektal fistül ile malign dejenerasyondur. Bu çalışmada nadir görülen tailgut kisti olan kadın olgunun MRG bulguları literatür gözden geçirmesi ile birlikte sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Manyetik rezonans görüntüleme, Presakral alan, Retrorektal kistik hamartoma, Retrorektal alan, Tailgut kisti.

ABSTRACT

MRI Findings of Tailgut Cyst and Review of Literature: A Case Report

Tailgut cyst or retrorectal cystic hamartoma is a rare congenital lesion thought to arise from vestiges of an embryonic hindgut and is found in the retrorectal or presacral space. Tailgut cyst is more common in women and usually presents in middle age. It is usually detected as an asymptomatic mass but may be found in patients with abdominal pain or constipation. The most important complications of these cysts are perianal or anorectal fistulas and malignant degeneration. We aim to report magnetic resonance imaging findings of a case of tailgut cyst and review of literature.

Key words: Magnetic resonance imaging, Presacral space, Retrorectal cystic hamartoma, Retrorectal space, Tailgut cyst.

Retrorektal kitleler cerrahi pratikte nadir görülen lezyonlar olup konjenital, osteojenik, nörojenik, inflamatuvar veya metastatik kaynaklı olarak ortaya çıkabilirler. Bu kitlelerin büyük kısmı benign olmasına rağmen bir kısmı da malign olabilir (1). Gelişimsel kistler ise erişkinlerde retrorektal alanda en sık görülen konjenital antitedir. Retrorektal gelişimsel kistler epidermoid (dermoid) kist, rektal duplikasyon kisti ve kistik hamartoma (tailgut kisti) olmak üzere başlıca üç grup altında incelenebilir (2). Tailgut kisti veya retrorektal kistik hamartoma, retrorektal-presakral boşlukta bulunan ve embriyonik hindgutun kalıntısı olan, nadir görülen konjenital bir lezyondur. Orta yaş kadınlarda daha sık görülür. Genellikle asemptomatik olmasına rağmen, abdominal ağrı veya konstipasyona neden olabilir (3). En önemli komplikasyonları perianal veya anorektal fistül ile malign dejenerasyondur (4).

Bu nedenlerle klinik olarak erken tanı çok önemlidir (5). Bu çalışmada nadir görülen tailgut kisti saptanan kadın olgunun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları literatür gözden geçirmesi ile birlikte sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

İnkontinans ve suprapubik hassasiyet nedeniyle üroloji polikliniğine başvuran 60 yaşındaki kadın olguya pelvik MRG tetkiki yapıldı. Yapılan MRG tetkikinde, orta hatta retrorektal bölge-koksiks inferior kesiminde, iyi sınırlı, lobüle konturlu, T1A görüntülerde hipointens, T2A görüntülerde hiperintens sinyal özelliği gösteren yaklaşık 4.5x2.5x3 cm boyutlarında yoğun içerikli kistik kitle lezyonu saptandı (Resim 1, 2, 3). Lezyonun lokalizasyonu ve MRG bulguları öncelikle tailgut kisti lehine değerlendirildi.

^a Yazışma Adresi: Dr. Murat BEYHAN, ¹Zile Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Tokat, Türkiye

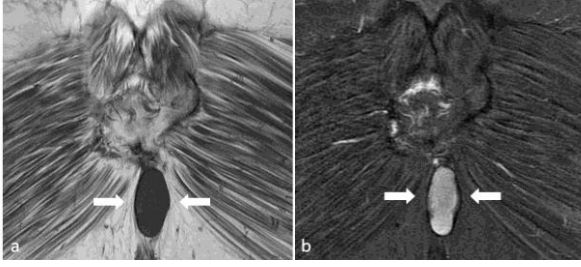
Tel: 0 356 3175098

Geliş Tarihi/Received: 02.01.2014

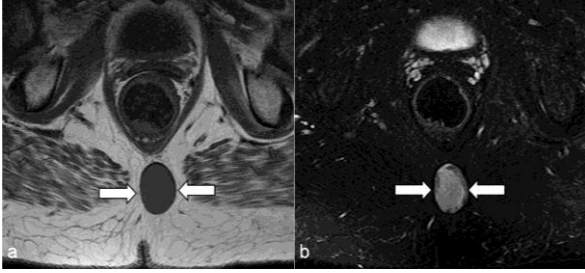
*Bu çalışma 31. Ulusal Radyoloji Kongresi, Antalya, 7-12 Kasım 2010'da poster olarak sunulmuştur.

e-mail: m_termeli@hotmail.com

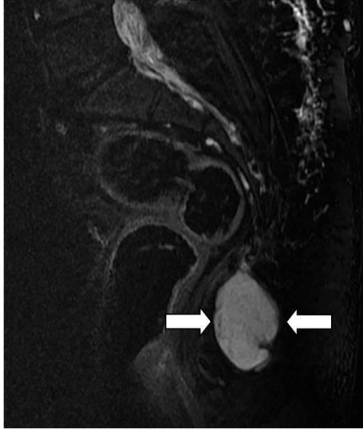
Kabul Tarihi/Accepted: 09.06.2014



Resim 1. Koronal T1A (a) ve yağ baskılı T2A (b) görüntülerde orta hatta, koksiks inferioru-retorektal alanda yerleşimli, iyi sınırlı, düzgün konturlu kistik natürde kitle lezyonu görülmektedir (beyaz oklar).



Resim 2. Aksiyal T1A (a) ve yağ baskılı T2A (b) görüntülerde orta hatta, koksiks inferioru-retorektal alanda yerleşimli, oval şekilli, iyi sınırlı, düzgün konturlu kistik natürde kitle lezyonu görülmektedir (beyaz oklar).



Resim 3. Sagittal yağ baskılı T2A görüntülerde orta hatta, koksiks inferioru-retorektal alanda yerleşimli, iyi sınırlı, düzgün lobüle konturlu, kistik natürde kitle lezyonu görülmektedir (beyaz oklar).

TARTIŞMA

Retorektal bölgedeki kitleler nadiren görülmekte ve insidansı 1/40.000–63.000 olarak bildirilmektedir (2). Retorektal kitleler ilk defa Middeldorpf tarafından 1885’de tanımlanmıştır (6). Tailgut kisti olgularının çoğu erişkin yaş grubunda görülmekle birlikte çocukluk ve yenidoğan döneminde bildirilmiş olgular da vardır (5). Tailgut kisti dördüncü dekatta ve kadın cinsiyette daha sık görülmekte olup kadın erkek oranı yaklaşık 3/1’dir (7).

Retorektal tümörler genellikle retorektal alanın embriyolojik kalıntılarından kaynaklanır. Retorektal alan, presakral alan olarak da bilinir. Presakral alanın sınırlarını; anteriorda rektumun fasya propriası, posteriorda sakrumun üzerini örten presakral fasya, süperiorda periton yüzeyi, inferiorda Waldeyer’in

fasyası ile her iki lateral kesimde rektum, üreterler ve iliak arterlerin bulunduğu alan oluşturur. Retorektal tümörler konjenital, nörojenik, inflamatuvar, osseöz ve diğer tümörler olarak 5 kategoriye ayrılabilir. Konjenital tümörler, tüm retorektal tümörlerin %55-70’ini oluşturur. Konjenital tümörler kordoma (notokord kalıntısı), teratomlar, anterior sakral meningosel ve gelişimsel kistleri (dermoid, epidermoid, enterik duplikasyon veya tailgut kistleri) içerir (1). Gelişimsel kistlerden olan tailgut kistlerinin büyük kısmı retorektal alanda bulunmakla birlikte anterior rektal, perianal, perirenal ve posterior sakral bölgelerde de bulunabilirler. Embriyolojik erken dönemde nöral tüp ile birlikte tail’in içine doğru uzanan hindgut, tailgut (postnatal primitif gut) meydana getirir. Tail ve tailgut embriyolojik hayatın 8. haftasında regresyona uğrarlar. Hipoteze göre de bu dönemdeki regresyon defekti sonucu tailgut kistleri oluşur (5).

Küçük boyutlu retorektal kitleler sıklıkla rektal ya da jinekolojik muayene esnasında tesadüfen saptanmaktadır. Bu bölgedeki kitlelerin klinik olarak sessiz olmasından dolayı genellikle büyük boyutlara ulaştığında tanı konulabilmektedir. Klinik olarak abdominal ağrı, karında kitle, rektal dolgunluk hissi, konstipasyon, dizüri ve nörolojik bozukluklar gibi kitle etkisine bağlı şikâyetlere neden olabilirler (2).

Presakral kitlelerin araştırılması için direkt grafilerin kullanımı sınırlıdır ama kemik destrüksiyonunun varlığı malignite ya da kemik lezyonunu gösterebilir. Kemik destrüksiyonu nadiren tailgut kistleri ile ilişkili sakrokoksigeal bir anomaliyi işaret edebilir (6). Tailgut kistlerinin radyolojik tanısında çift kontrastlı kolon grafisi dış basıyı göstermede faydalı olabilir (7). Transrektal ultrasonografide multiloküler retorektal kistik bir kitle şeklinde görülebilirler. Kistin içinde internal ekolar bulunabilir. İnternal ekolar, kitlenin multikistik natürü ve kist içindeki inflamatuvar debris veya jelatinöz materyalin varlığına bağlıdır (3). Ayrıca endorektal ultrasonografi, özellikle anorektal kanserlerde en önemli prognostik faktörler olan tümör derinliği ve lenf nodlarını saptamada yararlıdır. Ayrıca lümeneye yakın perirektal apse, fistül, kist gibi benign patolojilerin görüntülenmesinde ve anal inkontinans tanısında oldukça faydalıdır (7). Bilgisayarlı tomografide tailgut kisti, retorektal alanda genellikle iyi sınırlı, ince duvarlı, uniloküler veya multiloküler kontrastlanmayan lezyon olarak görülür. Kalsifikasyon görülmesi malignite olasılığını düşündürülebilir. Tailgut kisti için MRG, multiplanar görüntüleme yeteneği yanı sıra iyi bir yumuşak doku kontrastına sahip olması ile tercih edilir görüntüleme yöntemi olmuştur (6). Tailgut kistinin MRG sinyal özellikleri T1A sekanslarda hipointens, T2A sekanslarda hiperintens iken müsin, yüksek protein içeriği veya kanama varlığında ise T1A sekanslarda hiperintens olarak karşımıza çıkar. Ek olarak kistteki malign transformasyon veya fibröz doku

varlığı, irregüler duvar kalınlaşması veya polipoid bir kitle olarak T1A ve T2A sekanslar ile paramanyetik kontrast madde verilmesi sonrasında intermediyat sinyal intensitesinde görülebilir (3).

Tailgut kistinin ayırıcı tanısında, dermoid kist, rektal duplikasyon kisti ve anterior meningesel düşünülmalıdır (3).

Tailgut kistinin en önemli komplikasyonları, fistüle sekonder enfeksiyon ve kistin malign dejenerasyonudur (3, 4). İnfeksiyon veya inflamasyon kist yüzeyinde dökülmeye ve fibrozise neden olur. Tailgut kistleri nadiren adenokarsinom, karsinoid ve nöroendokrin karsinom ya da sarkomatöz malign dönüşüm gösterebilirler (3).

Retrorektal lezyonların tedavisi hemen daima cerrahi rezeksiyondur. Nadir rastlanmaları, ulaşabildikleri çaplar ve zor anatomik yerleşimleri tanınal çalışmalara ve cerrahi girişime dair hatalı yaklaşımlara yol açabilmektedir. En önemli ama bir o kadar da yanlış bilinen konu, retrorektal tümörlere biyopsi yapılmasıdır. Genel olarak biyopsi endike değildir. Rezeke edilebilir lezyonlar için cerrahi

rezeksiyon en iyi tanı ve tedavi seçeneğidir. Kistik lezyonlar için iğne biyopsisi veya aspirasyon, enfeksiyon ile sonuçlanabilir. Meningesel varlığında menenjitte neden olabilir. Kistik lezyon malign ise (özellikle kordoma) tümör yayılımı ve iğne hattına ekim gelişebilir. Bir biyopsi denemesi sonrası tümör hücreleri, kendisini sınırlayan kompartmanın dışına ulaşabilir. Biyopsinin tek endike olduğu durum, rezeke edilemeyecek tümöre sahip ve genel tıbbi durumu ileri derecede bozuk olan hastalardır (5).

Patolojik makroskopik incelemede tailgut kisti genellikle multiloküle ince duvarlı, parlak yüzeyle ve mukoid materyalle dolu kistik kitle olarak görülür (3). Histopatolojik olarak birkaç tipte epitel yapısı barındırabilir. Özellikle bronş veya bağırsak epitelini ile döşeli duvarı ve duvarında dağınık düz kas demetlerinin bulunmasıyla öne çıkar (7).

Sonuç olarak retrorektal boşlukta multikistik kitlesi olan orta yaş kadınlarda ön tanıda tailgut kisti akla gelmelidir. Ancak kesin tanı cerrahi rezeksiyon sonrası patolojik inceleme ile konur (8). Tanıda MRG, güvenle kullanılacak bir görüntüleme yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Menteş BB, Kurukahvecioğlu O, Ege B, et al. Retrorectal tumors: A case series. Turk J Gastroenterol 2008; 19: 40-4.
2. Eser O, Arıkan Y, Korkmaz S, Tokyol Ç, Karavelioğlu E, Boyacı MG. Presakral kist: olgu sunumu. Kocatepe Tıp Derg 2011; 12: 175-8.
3. Yang DM, Park CH, Jin W, et al. Tailgut cyst: MRI Evaluation. AJR 2005; 184: 1519-23.
4. Ara C, Çoban S, Mecit E, Özgör D, Yılmaz S, Kırımlıoğlu V. Nadir bir kist sebebi: endometrial doku içeren teratom. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2005; 12: 55-7.
5. Ünlü M, Özbilgin M, Sökmen S, Sarıoğlu S. Seromüköz bez yapıları içeren bir Tailgut kisti: Olgu sunumu. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2010; 24: 143-7.
6. Joyce EA, Kavanagh DO, Winter DC. A rare cause of low back pain: report of a tailgut cyst. Case Rep Med 2012; 2012: 623142.
7. Uzcu G, Barut AY, Öztürk A, Yardımcı AH, Aybar MD. Rektuma fistülize tailgut kisti: olgu sunumu. Istanbul Med J 2012; 13: 39-2.
8. Aflalo-Hazan V, Rousset P, Mourra N, Lewin M, Azizi L, Hoeffel C. Tailgut cysts: MRI findings. Eur Radiol 2008; 18: 2586-93.