

# Retrorektal Kitle Nedeni ile Multidisipliner Yaklaşım Yapılan Bir Olgu Sunumu

## *A Case Presentation of a Retrorectal Mass Managed in a Multidisciplinary Method*

BAHA ARSLAN<sup>1</sup>, MEHMET CAN YAKUT<sup>1</sup>, MUSTAFA CEM TERZİ<sup>1</sup>, ÖMER AKÇALI<sup>2</sup>, FUNDA OBUZ<sup>3</sup>, BURÇİN TUNA<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir-Türkiye <sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, İzmir-Türkiye <sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir-Türkiye <sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir-Türkiye

### ÖZET

Nörolojik kitlelerden enflamatuar proseslere dek uzanan bir yelpazede yer alabilen retrorektal kitleler, cerrahların kariyerlerinin bir döneminde karşısına çıkan nadir hastalıklardandır. Cerrahi yaklaşım çoğunlukla tek tedavi yöntemidir. Burada retrorektal kitle nedeni ile multidisipliner cerrahi yaklaşım ile tedavi edilen olgu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Retrorektal kitle, Teratom, Multidisipliner yaklaşım

### ABSTRACT

The retrorectal masses belong in a large spectrum cases that from neurological masses to inflamatuor process which are infrequent illness that most of surgeons are encountered in a part of their career. Usually surgery is the specific remedy method. In this study the case which was remedied by multidisciplinary method for retrorectal mass is presented.

**Key words:** Retrorectal mass, Teratoma, Multidisciplinary approach

Başvuru Tarihi: 01.06.2011, Kabul Tarihi: 27.06.2011

✉ Dr. Baha Arslan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

İncir altı Balçova İzmir - Türkiye

Tel: 0505.3241633

e-mail: drbaha112@gmail.com

*Kolon Rektum Hast Derg* 2011;21:81-84

### Giriş

Retrorektal kitleler, cerrahların çoğunun kariyerlerinin bir döneminde karşısına çıkan, referans merkezlerde insidansı 1/40.000-63.000 olarak verilen bir hastalık grubudur.<sup>1</sup> Sıklıkla asemptomatik olan fakat semptomatik olduğunda klinikte ağrı ya da obstrüksiyonla bulgu veren retrorektal kitleler, nörojenik kökenli kitlelerden inflamatuvar proseslere dek uzanan bir spektrumda yayılırlar.<sup>2,3</sup> Retrorektal kitlenin cerrahi tedavisinde tercih edilen yaklaşım kitlenin boyutu, çevre organlarla olan ilişkisi, cerrahın pelvik anatomiye aşinalığı göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.<sup>4</sup> Burada retrorektal kitle nedeni ile ortopedi anabilim dalı ile eş zamanlı ameliyat edilen bir olgu sunulmaktadır.

### Olgu

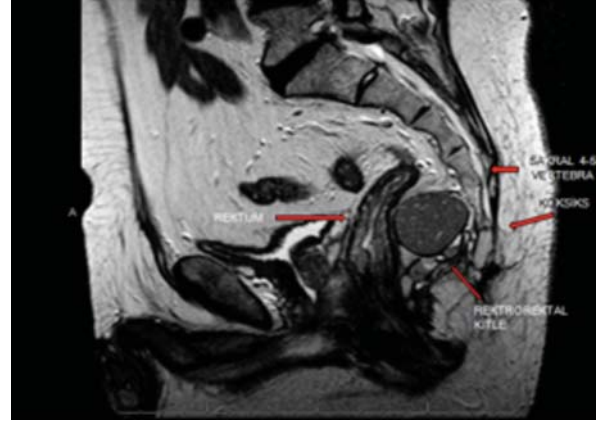
71 yaşında erkek hasta. Üç yıl önce benign prostat hipertrofisi nedeni ile transüretral prostatektomi yapılmış ve üroloji tarafından düzenli izlenmiş. Takip sırasında dışkılama güçlüğü şikayetleri olan hastanın rektal tuşesinde rektum arka duvarında bası oluşturan ve lümeninde darlığa yol açan kitlesel oluşum saptanması üzerine hasta kliniğimize yönlendirilmiş.

Hastanın fizik bakışında rektal tuşede rektum arka duvarından lümen içine uzanımı olmayan, yumuşak kıvamlı, rektumda darlığa neden olan kitle palpe edildi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, nefrolitiasis nedeni ile litotropsi işlemi, hemoroidektomi ve 3 yıl önce benign prostat hipertrofisi nedeni ile geçirilmiş transüretral prostat rezeksiyonu vardı.

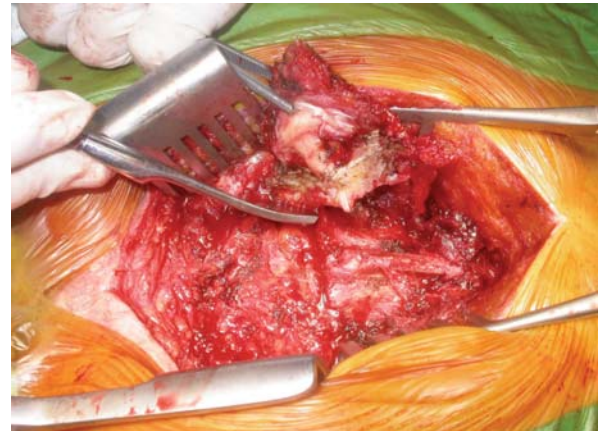
Hastaya yapılan bilgisayarlı tomografide rektum posteriorunda düzgün konturlu, düşük dansiteli 4.5 x 3.5 x 4.5 cm boyutlarında lezyon saptandı. Çekilen pelvik manyetik rezonans tetkikinde presakral bölgede, anal kanal ve rektum üzerinde bası oluşturan, yaklaşık 4 x 3 x 3 cm boyutlarında, düzgün konturlu, iç yapısı homojen, T2A sekansta kas dokusuna göre hafif hiperintens, T1A sekansta hafif hiperintens, kontrast tutulumu göstermeyen kistik oluşum izlenmekteydi (Resim 1).

Hastanın laboratuvar tetkiklerinde tümör belirteçleri menfiydi. Hastaya retrorektal kitle nedeni ile ameliyat önerildi. Ameliyat prosedürü olarak ortopedi anabilim dalı ile beraber posterior yaklaşımla sakral 4-5 ve koksiksin çıkarılarak kitleye ulaşılması planlandı. Ameliyatta posterior yaklaşım ile sakrum ve koksikse ulaşıldı. Sakrum ve koksiks kas ve ligamanlardan

serbestleştirildi. Sakrum 3 ve 4'üncü parçaları arasından kesilerek koksiks ile birlikte sakral 4 ve 5 enblok çıkartıldı (Resim 2).

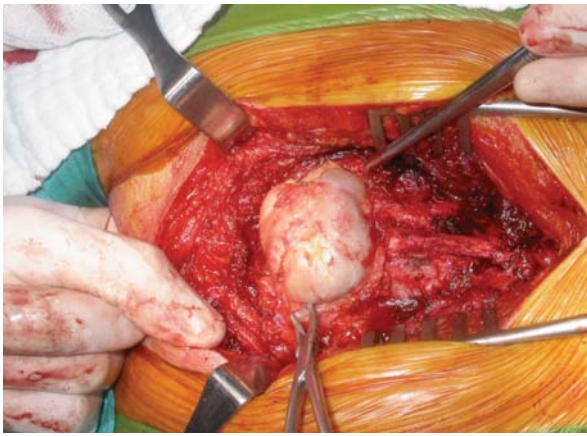


Resim 1. Pelvik MR: Retrorektal kitle önde rektum ve arkada kemik yapıya invazyon göstermektedir.

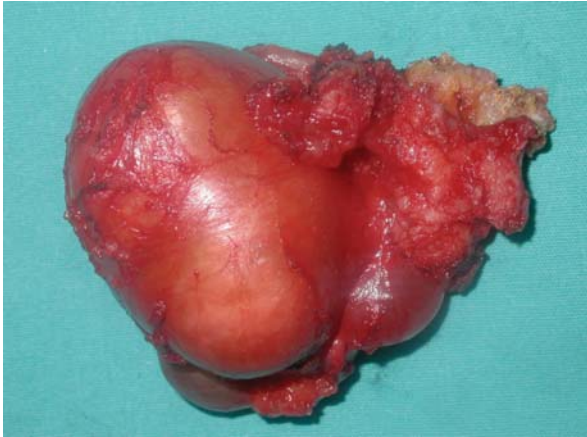


Resim 2. Posterior yaklaşım sonrası koksiks ile birlikte sakral 4 ve 5 enblok çıkartıldı.

Kemik yapı ortadan kalktıktan sonra rektal tuşe ile kitle ortaya kondu, keskin diseksiyonlarla kitle çıkartıldı (Resim 3,4). Cilt altı ve cilt primer kapatıldı. Hasta ameliyat sonrası beşinci gün sorunsuz taburcu edildi. Patoloji sonucu matür kistik teratom olarak bildirildi. Hasta yapılan ameliyat sonrası 18. ayda sorunsuz olarak izlenmektedir.



Resim 3. Kemik yapılar çıktıktan sonra kitlenin ortaya konması.



Resim 4. Retrorektal kitle.

### Tartışma

Retrorektal alan önde rektumun fasya propiriyası, arkada sakrum ile presakral fasya, üstte peritoneal refleksiyon altta levator kasları her iki yanda ureterler ile sınırlıdır. Bu alan embriyolojik olarak son barsak, nöroektodermal ve kemik pelvisten köken alan yapılardan oluşur ve retrorektal kitleler mevcut totipotansiyel hücreler nedeni ile bir çok farklı türe farklılaşabilirler (Tablo 1).<sup>3,5</sup> Retrorektal kitlelerin tanısında bilgisayarlı tomografi, transrektal ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme çevre dokular ile ilişkiyi ve kitlenin yapısal özellikleri açısından klinisyene yol göstericidir.<sup>5</sup> Ameliyat esnasında beklenmedik kemik ya da nörolojik invazyon olması kuşkusuz ile ilgili branşlarca olgunun değerlendirilmesi önemlidir.<sup>4</sup>

Retrorektal kitlelere yaklaşımda önemli sorulardan birisi de rezeksiyon öncesi biyopsi gerekliliğinin sorgulanmasıdır.

Tablo 1. Retrorektal kitle nedenleri.

<b>Konjenital</b>	
• Benign	Gelişimsel kistler (teratoma, epidermoid, dermoid, mukus salgılayan Rektal duplikasyon) Anterior sakral meningesel
• Malign	Kordoma Teratokarsinoma
<b>Nörojenik</b>	
• Benign	Nörofibroma Şvannoma (Nörilemoma) Ganglionöroma
• Malign	Nöroblastoma Ganglionöroblastoma Ependimoma
• Periferik sinir kılıfından kaynaklı malign tümörler	Şvannoma, nörofibrosarkoma, nörojenik sarkoma
<b>Osseöz</b>	
• Benign	Giant-cell tümör Osteoblastoma Anevrizmal kemik kisti
• Malign	Osteojenik sarkoma Ewing sarkoma Myeloma Kondrosarkoma
<b>Diğerleri</b>	
• Benign	Lipoma Fibroma Leomyoma Hemanjioma Endotelioma Desmoid (lokal agresif)
• Malign	Liposarkoma Fibrosarkoma / malign fibröz histiositoma Leomyosarkoma Hemanjioperistoma Metastatik karsinoma
• Diğer	Ektopik böbrek Hematoma Abse

Retrorektal kitlelerde biyopsinin faydalı olabileceğini savunanlar olduğu kadar karşı çıkanlarda vardır.<sup>1,6-9</sup> Karşı çıkanlar rezeksiyon öncesi enfeksiyon, kanama, yetersiz materyal elde edilmesi nedeniyle tekrar biyopsi gerekliliği ve tümör ekilmesi olma ihtimalinden bahsederler, ayrıca yapılacak olan biyopsinin cerrahi tedavi şeklini değiştirmeyeceğini savunurlar.<sup>1,9</sup>

Alternatif cerrahi yaklaşımlar posterior (transsakral), transsfinkterik, transrektal, transvajinal veya aşamalı abdominosakral yaklaşımlardır.<sup>4,5</sup> Aşağı yerleşimli lezyonlar için sadece posterior yaklaşımlar yeterli olabilirken büyük vasküler kontrol gerektiren olgular için abdominal ya da aşamalı abdominosakral yöntemler tercih edilebilir.<sup>4,5</sup>

Retrorektal kitlelerle ilgili cerrahi yaklaşımlarda, ilgili literatür taramasında çeşitli olgu sunumu ve seri vaka sunumları görülmüş olmasına karşın transvajinal yaklaşım gibi bazı cerrahi tekniklerin sadece kitabi bilgi olarak kaldığı izlendi.<sup>4,5</sup> Kaiser ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada retrorektal kitlenin çıkartılması esnasında bütünlüğünün bozulduğu durumlarda lokal nüksün %64'e ulaştığını raporlamışlardır.<sup>10</sup> Lev-Chelouche ve ark.'nın 21 vakalık serilerinde benign presakral lezyonların tam çıkartılması sonrası yaptıkları 10 yıllık takiplerde lokal nükse rastlamadıklarını bildirmişlerdir.<sup>11</sup> Mevcut retrorektal kitlenin çıkartılması esnasında parçalanması nüks olasılığını artıracaktır. Bu nedenle kitlenin çıkartılması sırasında uygun cerrahi teknik kullanılmalı ve en iyi saha görünümü elde edilmelidir. Bizim olgumuzda da enblok koksiks ve sakrum 4,5 kemik rezeksiyonu ile iyi bir cerrahi alan görünümü elde edilerek ve güvenli kitle eksizyonu sağlandı.

Retrorektal kitlelerin özellikle posterior kemik kompartman ilişkisinde koksiks ve sakrumu içeren geniş rezeksiyonlar gerekebilir. Daha çok primer kemik tümörlerinde bu yaklaşım gerekirken bölge yumuşak dokudan kaynaklanan kitlelerde distal yerleşimli küçük lezyonlarda koksiks feda edilebilir. Sakral üçüncü segment ve üzeri lezyonlarda eğer kemik yapının çıkartılması gerekirse nöral yapının korunması güçlük teşkil eder ve bu durumda nörojenik mesane ve rektum karşımıza çıkar. Bu hastalarda kalıcı kolostomi ihtiyacı doğabilir. Ayrıca total sakral rezeksiyon planlanan olgularda pelvik stabilitenin sağlanması için ek girişimler yapılmalıdır. Sakrumun 4 ve 5. segmentleri çıkartılması gerektiğinde, göz ardı edilebilir perianal duyu kaybı karşımıza çıkabilir ya da hiç bir nörolojik defisite yol açmayabilir.<sup>12</sup> Bizim olgumuzda sakral 4-5 ve koksiksın çıkartılması sonrası herhangi bir nörolojik sorun oluşmadı.

Retrorektal kitleler erken tanı konduğunda görece daha az agresif cerrahi yaklaşımla tedavi edilebilir. Bununla birlikte uygun görüntüleme yöntemlerinin kullanılması ve multidisipliner yaklaşım çok önemlidir. Bölge cerrahisi ile uğraşan diğer branş uzmanları ile özellikle kemik ve nöral yapıların değerlendirilmesi, pelvis içi jinekolojik ve ürolojik sorunların ortaya konması açısından görüşlerinin alınması yararlı olur.

#### Kaynaklar

1. Jao S-W, Beart RW, Spencer RJ, *et al.* Ilstrup DM. Retrorectal tumors: Mayo Clinic experience. *Dis Colon Rectum* 1985;28:644-52.
2. Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, *et al.* The ASCRS Textbook of Colon and rectal surgery. Presacral tumors. Springer, New York. 2007;501-4.
3. Uhlig BE, Johnson RL. Presacral tumors and cysts in adults. *Dis Colon Rectum* 1975;18:581-96.
4. Wolpert A, Beer-Gabel M, Lifschitz O, *et al.* The management of presacral masses in the adult. *Tech Coloproctol* 2002;6:43-9.
5. Glasgow SC, Birnbaum EH, Lowney JK, *et al.* Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic approach. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1581-7.
6. Cody HS III, Marcove RC, Quan SH, *et al.* Malignant retrorectal tumors: 28 years experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum* 1981;24:501-6.
7. Singer MA, Cintron JR, Martz JE, *et al.* Retrorectal cyst: a rare tumor frequently misdiagnosed. *J Am Coll Surg* 2003;196:880-6.
8. Bohm B, Milsom JW, Fazio VW, *et al.* Our approach to the management of congenital presacral tumors in adults. *Int J Colorectal Dis* 1993;8:134-8.
9. Hannon J, Subramotiy C, Scott-Conner CE. Benign retrorectal tumors in adults: the choice of operative approach. *Am Surg* 1994;60:267-72.
10. Kaiser TE, Pritchard DJ, Unni KK. Clinicopathologic study of sacrococcygeal chordoma. *Cancer* 1984;53:2574-8.
11. Lev-Chelouche D, Gutman M, Goldman G, *et al.* Presacral tumors: a practical classification and treatment of a unique and heterogeneous group of diseases. *Surgery* 2003;133:473-8.
12. Wexner SD, Binderow SR. Pilonidal disease, presacral cysts and tumors and pelvic and perianal pain. In: Zuidema GD, ed. *Shackelford's surgery of the alimentary tract*, 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996;432-9.