

POSTERİOR YAKLAŞIM İLE OPERE EDİLEN DÖRT RETROREKTAL TÜMÖR VAKASI İÇEREN OLGU SERİSİ*

Ayhan ERDEMİR¹, Cengiz MENTEŞ², Feyyaz ONURAY², Cem GEZEN², Mustafa ÖNCEL³, Selahattin VURAL²

Retrorektal tümörler çeşitli tanı araçlarıyla teşhis edilen ancak tedavisi genellikle güç, ender görülen malignitelere dir. Kendilerini perianal sinüs olarak da ortaya koyan bu tümörler tanıda gecikmelere neden olmaktadır. Kliniğimizde Ocak 1992-Ocak 2002 tarihleri arasında opere edilen tüm kanserli hastalar retrospektif olarak incelendi. Tarama sonuçlarında ortaya konulan retrorektal tümörlü hastalarda kullanılan tanı araçları, semptomatoloji, yapılan operasyonlar ve patolojik tanıları irdelendi. Çalışmamızdaki 4 olguda (üçü kadın) ortanca yaş 28'di (24-32). Ağrı en sık semptomdu. Bir hasta pilonidal sinüs tanısı ile başka bir hastanede opere edilmişti. Hastaların hepsinde posterior yaklaşımla kitle eksizyonu ve koksiksektomi uygulandı. Patolojik tanıları nörojenik tümör (n=2), konjenital tümör (n=1), enflamatuvar tümör (n=1) olarak tespit edildi. Perianal sinüs olarak da klinik bulgu verebilen bu tümörler daima akıldan bulundurulmalı, şüpheli olgularda ayırıcı tanı için diğer tanısal yöntemlerden faydalanılmalıdır. Koksiksin çıkarılması ile beraber yapılacak olan posterior yaklaşımla kitle eksizyonu bu tümörlerde yeterli ve güvenli bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmada, kliniğimizde opere edilmiş olan bu 4 olgu eşliğinde, seyrek görülen retrorektal tümörlerin tanısı ve tedavisini tartışmak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Posterior, sinüs, perianal, retrorektal, tümör

FOUR RETRORECTAL TUMOR CASES OPERATED VIA POSTERIOR APPROACH

Retrorectal tumors are rarely seen, can be diagnosed with various techniques and often the treatment is troublesome. The diagnosis can be delayed when these tumors behave as perianal sinuses. All cancer patients, were treated between January 1992-January 2002 in our department, were retrospectively evaluated. The diagnostic tools, operations and pathological results were assessed in patients with retrorectal tumors. There were 4 patients (3 female) with a mean age of 28 (24-32) in our study. Pain was the most common complaint. One patient was misdiagnosed and mistreated in another institution. The excisions of the tumors were performed with coccyxectomy via a posterior approach in all cases. The pathological results were neurogenic tumor (n=2), congenital tumor (n=1) and inflammatory tumor (n=1). Retrorectal tumors should be kept in mind as a diagnosis for the recurrent perianal sinuses. The local excision of the tumor with coccyxectomy may be an appropriate surgical technique for the treatment of these tumors. To analyze the diagnosis and treatment of retrorectal tumors, with our experience of 4 patients operated in our department, was aimed in this study.

Keywords: Posterior, sinuses, perianal, retrorectal, tumor

Retrorektal boşluk, retrorektal fasya üzerinde bulunan ve rektumun 2/3 üst bölümü ile sakrum arasında uzanan boşluktur. Ön tarafta rektumu kaplayan fasya propria, arkada presakral fasya (Waldeyer fasyası), lateralde rektumun lateral ligamanı, üreterler ve iliak damarlarla sınırlıdır. Bu boşluğun üst sınırını rektumun peritoneal refleksiyonu, alt sınırını ise rektosakral fasya oluşturur. Retrorektal boşluk gevşek konnektif doku içerir¹.

Retrorektal tümörler ender görülen tümörlerdir. Mayo kliniğinde yapılan bir çalışmada sıklığın 1/40.000 olduğu bildirilmiştir². Tüm retrorektal tümörlerin %63'ü konjenital, %10'u nörojenik, %8'i inflamatuvar kaynaklı olup, %7 kemik, %12 diğer dokulardan kaynaklanırlar³.

Bu bölgede yerleşen iyi huylu lezyonlar genellikle asemptomatik seyrederken, malign lezyonlar semptomatik olup, kitle, ağrı, enfeksiyon, konstipasyon, inkontinans, doğumu engelleyici obstrüksiyonlar, üriner semptomlar, santral sinir sistemi bulguları gibi belirtiler verebilir. Malign lezyonlar kendilerini enfekte perianal sinüs olarak da gösterebilir⁴. Tanıda direkt grafiler, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT), intravenöz pyelografi, anjiyografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG), myelografi ve biyopsiden yararlanılır. Transrektal ultrasonografi (TRUS) retrorektal tümörlerin değerlendirilmesinde önemli bir tanı yöntemidir⁵.

*15-19 Mayıs 2002'de Kemer-Antalya'da yapılan Ulusal Cerrahi Kongresi'nde sunulmuştur.

¹Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
²I. Genel Cerrahi Kliniği, ³III. Genel Cerrahi Kliniği

Başvuru tarihi: 29.9.2003, Kabul tarihi: 22.7.2004

Retrorektal tümör tanısı konusunda, asemptomatik olsalar bile bazı nedenlerden dolayı rezeksiyon uygulanmalıdır². Bu nedenler:

1. Lezyon malign olabilir.
2. Zamanla teratomların malignleşme potansiyeli artabilir.
3. Kistik lezyonlar enfekte olabilir. Enfeksiyon oluştuğunda operasyon sonrası nüks %30'dur. Enfekte alana yapılan reoperasyonlar anal inkontinansa neden olabilir.
4. Genç bayan hastalarda, anne ve fetüsü risk altına sokan distoziye neden olabilir.

Bu çalışmanın amacı aslında seyrek olarak karşılaşılan retrorektal tümörlerin postsakral ve perianal infektif hastalıklarla karıştırılabileceğini vurgulamanın yanı sıra, tanı metotlarını, cerrahi tedavi şekillerini, operatif yaklaşımları ve sonuçları tartışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1992-Ocak 2002 yılları arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Klinikleri'nde kanser tanısı almış tüm vakalar dosya tarama yöntemiyle incelendi. Bu dönemde retrorektal tümör nedeniyle opere edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu hastalar demografik bilgiler, semptomatoloji, preoperatif tetkikler, operasyon şekli, operatif yaklaşım, patolojik tanı, diğer tedavi yöntemleri (radyoterapi), postoperatif takip ve takipte kullanılan yöntemler açısından incelendi.

BULGULAR

Çalışmamızda 4 hasta [3 bayan, ortanca yaş 28 (24-32)] yer almaktadır (Tablo I).

Tablo I. Olguların demografik özellikleri, patolojik tanıları, görüntüleme yöntemleri ve tedavi şekilleri

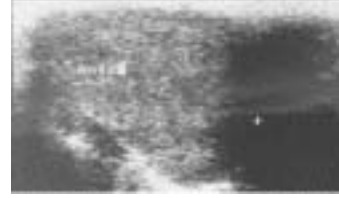
Olgular	Yaş	Cins	Patolojik tanı	Görüntüleme yöntemleri	Tedavi
Olgu 1	32	Kadın	Konjenital tm (Epidermoid kist)	Batın USG Pelvik BT	Cerrahi eksizyon Koksiksektomi
Olgu 2	28	Kadın	Nörojenik tm (Schwannoma)	Batın USG TRUS Pelvik MRG	Cerrahi eksizyon Koksiksektomi
Olgu 3	24	Erkek	Nörojenik tm (Schwannoma)	Batın USG TRUS Pelvik MRG	Preop yüksek doz RT Cerrahi eksizyon Koksiksektomi Postop RT
Olgu 4	28	Kadın	Enflamatuar tm	Batın USG Pelvik MRG	Cerrahi eksizyon Koksiksektomi

Hastaların şikayetleri postsakral ve perianal bölge odaklı ağrı, şişlik ve hassasiyet idi. Bir olguda akıntı şikayeti de mevcuttu. Bu olgulardan birisi başka bir hastanede pilonidal sinüs ön tanısı ile opere edilmiş, ancak operasyon sırasında kitlenin umulandan büyük olduğu ve retrorektal alana uzandığının görülmesi nedeniyle sadece insizyonel biyopsi uygulanmıştı. Bu hastadan çıkarılan kitlenin patoloji sonucu nörojenik tümör ile uyumlu bulunmuş ve hasta servisimize sevk edilmişti.

Tüm hastaların fizik muayenelerinde postsakral bölgede kitle saptandı. Hastaların hepsine batın ultrasonografisi yapılarak metastaz araması yapıldı, metastaz saptanmadı. Kitle hakkında bilgi edinebilmek için bir hastaya pelvik BT, üç hastaya pelvik MRG ve bir hastaya TRUS yapıldı (Tablo I). Resim 1’de patolojik tanısı nörojenik tümör olarak gelen bir olgunun (Olgu 2) USG görüntüsü mevcuttur. Resim 2 aynı olgunun preoperatif MR görüntüsüdür. Resim 3’de aynı hastanın postoperatif 12. ayda çekilen MR görüntüsü verilmektedir.

Tüm hastalar “jack-knife” pozisyonunda genel anestezi altında opere edildiler. Hastaların tümüne posterior yaklaşımla transvers insizyon kullanılarak operasyon yapıldı ve kitle ekstirpasyonu ile birlikte koksiksektomi uygulandı. Operasyon yapılırken sağlam dokudan en az 1cm alınmasına dikkat edildi. Koksiks sakrokoksigeal eklem hizasından dissekte edildi, çevre dokularla bağlantısı kesildi ve koksiksektomi gerçekleştirildi. Bu arada rektumun posterior duvarında herhangi bir invazyona rastlanmadı. Kanama kontrolünü takiben loja (emici-negatif basınçlı) dren konuldu. Cilt altı ve cilt usulüne uygun kapatıldı. Hiçbir olguda rektum ve levator kas yaralanması olmadı. Çıkarılan kitleler 2-4 cm arasında değişmekte idi.

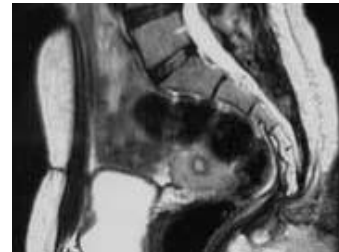
Ortanca postoperatif 2. (1-3) gün emici dren çekildi. Hastaların gayta deşarjı olduktan ve inkontinans olmadığı tespit edildikten sonra ortanca postoperatif 4. (3-5) gün taburcu edildi. Olgulardan bir tanesinde (Olgu 3) yara yeri enfeksiyonu gelişti. Bu hastaya lokal yara yeri bakımı uygulanarak postoperatif 14. gün enfeksiyon giderildi.



Resim 1. Preoperatif dönemde uygulanan ultrasonografi. Kitlenin postoperatif patolojisi nörojenik tümörle uyumlu bulunmuştur.



Resim 2. Aynı hastanın preoperatif MRG incelemesi



Resim 3. Aynı hastanın operasyondan 12 ay sonraki takibinde yapılan MRG incelemesi

Olgularımızdan 2 tanesi nörojenik tümör (schwannoma), bir tanesi konjenital tümör (epidermoid kist), bir tanesi enflamatuar tümör olarak rapor edilmiştir. Nörojenik tümör olan olgulardan biri (olgu 3) daha önce başka bir hastanede pilonidal sinüs tanısı ile opere edilmiş ve patolojik tanısı insizyonel biyopsi ile konulmuştur. Bu olguya tümör küçültmek amacı ile preoperatif yüksek doz (6000 Gy) radyoterapi uygulanmıştır. Aynı vakanın patolojisinde cerrahi sınırların şüpheli negatifliği nedeni ile postoperatif radyoterapiye devam edilmiştir.

Hastalarımızdan iki tanesi postoperatif birinci yılında takipten çıkmıştır. Nörojenik tümör saptanan olgularımızdan bir tanesinin (olgu 2) postoperatif 20. ayı, diğerinin (olgu 3) ise postoperatif 30. ayı olup problemsiz olarak takiplerine devam edilmektedir.



TARTIŞMA

Konjenital kistlerin yaklaşık yarısı gelişimsel kistler olup erişkinlik döneminde orta yaş kadınlarda sık görülmektedir⁶. Bizim epidermoid kist olarak rapor edilen konjenital tümörlü olgumuz 32 yaşında bayan hasta idi.

Retrorektal tümörlerle seyrek olarak karşılaşıldığı için tanısı genellikle gecikir, hatta bazı hastalar yanlış tanı alırlar⁴. Tümör dokusunun enfeksiyon ya da nekrozuna bağlı olarak ortaya çıkan akıntı, perianal bölge hastalıkları ile ayırımı güçleştirebilir. Hastalarımızdan birisi bir başka hastanede pilonidal sinüs tanısı ile operasyona alınmış, retrorektal tümör olasılığı ancak tümör kitlesinin operasyon sırasında retrorektal bölgeye uzandığının gözlenmesi ile anlaşılmıştır. Diğer bir hastamız akıntı şikayeti ile başvurmuş, ancak ileri tetkiklerde retrorektal tümör tanısı konulabilmiştir.

Hastalara cerrahi olarak 5 çeşit yaklaşım uygulanmaktadır. Bunlar: Abdominal, posterior, abdomino-sakral, transrektal, intersfinkterik yaklaşımlardır. Posterior yaklaşım daha çok aşağı yerleşimli lezyonlarda, sakral promontorium üzerindeki kitlelere, enfekte kistlere ve rektal tuşede kitlenin proksimaline ulaşılabiliriyorsa uygulanır. Yüksek yerleşimli retrorektal tümörlerde abdominal girişim tercih edilir. Bu girişim ekstraspinal nörojenik neoplazmalarda da gereklidir. Abdominosakral girişim erişkinlerdeki büyük tümörlerde tercih edilir⁷. Bu yöntem vasküler kontrolü, iyi bir kapanmayı ve ayrıca geniş rezeksiyon alanı yaratıp vital yapıların korunmasını sağlar. Transrektal girişim retrorektal kistlerin çıkarılmasında kullanılır⁸. Bazı araştırmacılar başvuru anında kistler rüptüre olmamışsa, preoperatif tanı çalışmaları kesinleşmemiş ise bu yöntemi kullanmamaktadırlar. Intersfinkterik yöntem ise pek tercih edilmemekle birlikte küçük lezyonlar bu yöntemle çıkarılabilir.

Tedavi tümörün yapısına ve rezeksiyona bağlıdır. Bu yazıda sunduğumuz hastaların hepsinde operasyon posterior yaklaşımla uygulandı ve tüm olgularda tümörün tamamen ve en-blok olarak çıkarılması mümkün oldu. Bu hastalarda preoperatif dönemde yapılan tetkiklerde tümör kitlesinin pelvis dışına taşmadığı, rektal tutulum göstermediği saptandığı için abdominal yaklaşım benimsenmedi. Ayrıca intersfinkterik yaklaşım uygulanmadığı için postoperatif dönemde kontinans ile ilgili bir problem ortaya çıkmadı. Kanaatimizce posterior yaklaşım yeterli bir operasyon alanı sağlama ve morbiditeyi arttırmaması nedeni ile retrorektal tümörlerin çoğunda kullanılabilir bir yaklaşım şeklidir.

Postoperatif komplikasyonlar ve görülme sıklığı şu şekildedir: Nörojenik mesane (%15), yara enfeksiyonu (%11), dizestezi (%7), gayta inkontinansı (%7), masif kanama (%4), retrorektal abse (%3), fekal fistül (%1)². Bizim vakalarımızdan birinde yara yeri enfeksiyonu dışında başka bir komplikasyon gözlenmemiştir.

Konjenital tümörlerde ve özellikle kordomada yüksek doz radyoterapi ve total veya subtotal cerrahi rezeksiyon kombinasyonunun yaşam süresini uzatmak için iyi bir seçenek olduğuna inanılmaktadır⁹. Nörojenik tümörlerde genellikle palyatif amaçlı kullanılsa bile radyoterapinin yararlı olduğu düşünülmektedir¹⁰. Bizim vakalarımızdan olgu 3'de preoperatif yüksek doz radyoterapi uygulanmıştır. Postoperatif patolojisinde cerrahi sınırların şüpheli negatifliği nedeni ile radyoterapiye devam edilmiştir. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center da yapılan bir çalışmada 5, 10, 15, 20 yıllık surviler sırası ile %69, %50, %37, %20 olarak bildirilmiştir¹¹.

KAYNAKLAR

1. İnceoğlu R, Dağlı T, Karadeniz AN. Anus-Rektum Hastalıkları ve Tedavisi. 1991; 1: 1-3.
2. Jao SW, Beart RW, Spencer RJ, et al. Retrorectal tumors. Mayo Clinic experience, 1960-1979. Dis Colon Rectum 1985; 28: 644-52.
3. Stewart RJ, Humphrey WG, Parks TG. The presentation and management of presacral tumors. Br J Surg 1986; 73: 153-5.
4. Haribhakti SP, Choudhary CG, Sikora SS. Malignant retrorectal teratoma presenting as an infected perianal sinus. Trop Gastroenterol 1995; 16: 117-8.
5. Hutton KA, Benson EA. Case report: Tail gut cyst-assessment with transrectal ultrasound. Clin Radiol 1992; 45: 288-9.
6. Dahan H, Arrive L, Wendu D, et al. Retrorectal developmental cysts in adults: Clinical and radiologic-histopathologic review, differential diagnosis and treatment. Radiographic 2001; 21: 575-84.
7. Localio SA, Eng K, Ranson JHC. Abdominosacral approach for retrorectal tumors. Ann Surg 1980; 191: 555-60.
8. Canopreso PR, Wengert PA Jr, Milford HE. Tail gut cyst- a rare retrorectal tumor: Report of a case and review. Dis Colon Rectum 1975; 18: 597-600.
9. Amendola BE, Amendola MA, Oliver E, et al. Chordoma: Role of radiation therapy. Radiology 1986; 158: 839-43.
10. Timmerman W, Bublick MP. Presacral and postsacral extraspinal ependymoma: Report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 1984; 27: 114-9.
11. Gordon PH, Nivatvongs S. Retrorectal Tumors. In: Gordon PH, Nivatvongs S (eds). Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. 2nd ed, 444 Quality Medical Publishing Inc, St Louis, Missouri, 1999: 545-52.