

# Rektuma Bası Oluşturan Retrorektal Kitle: Bir Olgu Sunumu

## *Retrorectal Mass Pressing the Rectum: A Case Report*

CELALETTİN VATANSEV, ŞAKİR TEKİN, EBUBEKİR GÜNDEŞ

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya-Türkiye

### ÖZET

Retrorektal ya da presakral bölgedeki kitleler nadiren görülmektedir. Tümoral kitlelerin büyük bir kısmı benign özelliktedir. Malign kitleler nadiren görülür. Bu yazıda retrorektal kitle nedeni ile opere edilen ve patolojik tanısı iyi diferansiye kondrosarkom saptanan 68 yaşında bir olgu sunuldu. Hastamıza posterior yaklaşımla parsiyel sakral eksizyon yapılarak tümör tamamen çıkarıldı. Tümör boyutu 5x4 cm olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası hastanın şikayetlerinde gerileme olduğu görüldü. Adjuvan tedavi olarak kemoterapi ve radyoterapi verildi.

**Anahtar Kelimeler:** Retrorektal tümör, Rektum, Sakral eksizyon

### ABSTRACT

Retrorectal masses or masses in the presacral space are rarely seen. A great majority of tumoral masses are benign. Malign masses are rarely seen. We hereby present the case of a 68-year-old patient operated because of a retrorectal mass with the pathological diagnosis of well differentiated chondrosarcoma. The tumor was completely removed by partial sacral excision through a posterior approach. The tumor was reported to be of 5x4 cm in size. It was seen that the patient's complaints got better following the surgery. Chemotherapy and radiotherapy were initiated as adjuvant treatment.

**Key words:** Retrorectal mass, Rectum, Sacral excision

Başvuru Tarihi: 05.08.2012 Kabul Tarihi: 14.08.2012

Asistan Ebubekir Gündeş  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya Konya - Türkiye  
Tel: 0505.8606740  
e-mail: ebubekir82@hotmail.com

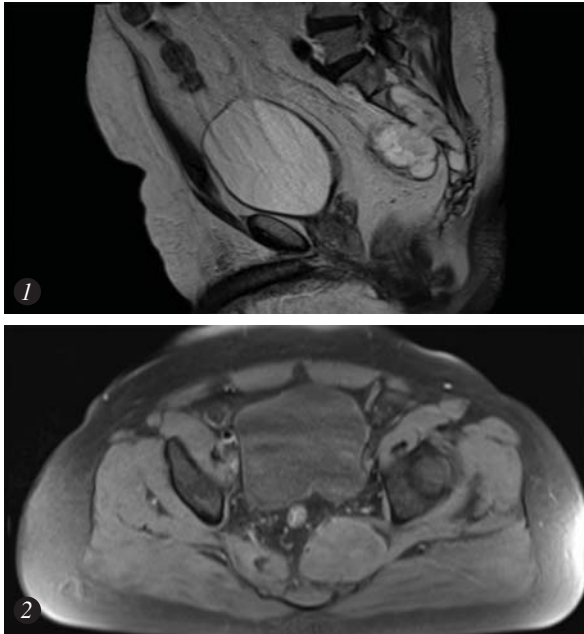
Kolon Rektum Hast Derg 2012;22:93-96

### Giriş

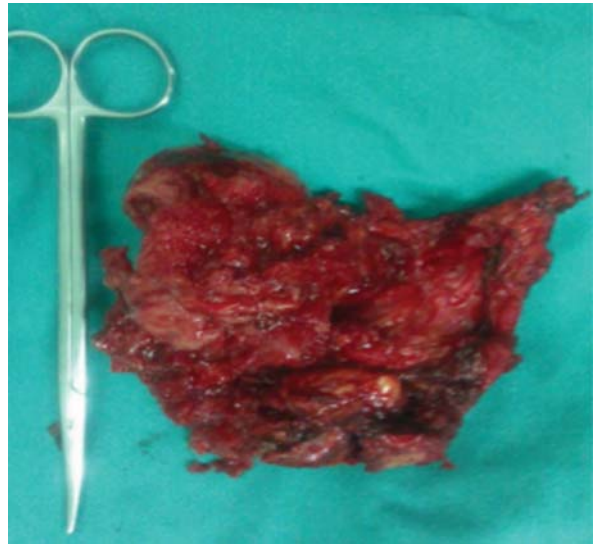
Retrorektal ya da presakral bölgedeki kitleler genellikle klinik olarak sessiz tümörler olduğu için rektal ya da jinekolojik muayene esnasında rastlantısal olarak saptanmaktadır.<sup>1,2</sup> Operasyon öncesi tanıda gelişmiş görüntüleme yöntemleri olan bilgisayarlı tomografi (CT) ve manyetik rezonans (MRI) taramasından yararlanılmaktadır. Bu kitleler az da olsa malignite potansiyeline sahiptirler. Bu nedenle agresif cerrahi yaklaşımlarla tedavi edilmelidirler.<sup>3,4</sup> Çalışmamızda, retrorektal kitle tespit edilen bir hastayı literatür eşliğinde sunmak istedik.

### Olgu Sunumu

Altmış sekiz yaşında erkek hasta günde 8-10 defa defekasyon ihtiyacı, defekasyon sonrası yeterince rahatlayamama, bel ve kalça ağrısı şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayene, rutin laboratuvar ve direkt radyolojik tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Ancak rektal tuşe ile anal verge'den itibaren yedinci santimetrede rektum arka duvarına dıştan bası yapan sert bir kitle palpe edildi. Hastanın nörolojik muayenesinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Pelvik MRI sonucunda S2 vertebradan itibaren en son sakral vertebraya kadar uzanan vertebralari destrükte eden, yaklaşık 9x5 cm boyutlarında lezyon ve bu lezyon presakral alana da yaklaşık 5,5x4,5 cm boyutlarında yumuşak doku kitlesi ile özellikle sol



*Resim 1-2. Retrorektal kitleye ait MR görüntüsü.*



*Resim 3. Çıkarılan piyes görüntüsü.*

priformis kası komşuluğuna dek uzanmakta olduğu saptandı (Resim 1,2). Tümör S1 ve S2 sinir kökleri korunacak şekilde "en block" olarak parsiyel sakral eksizyon yapıldı (Resim 3,4). Patolojik tanısı iyi diferansiye kondrosarkom olarak rapor edildi. Cerrahi sınırlarda tümör tespit edilmedi. Ameliyat sonrası tümör tespit edilmedi. Ameliyat sonrası şikâyetleri gerileyen hasta postop 15. gün taburcu edildi. Adjuvan tedavi olarak hastamıza kemoterapi ve radyoterapi verildi.



*Resim 4. Parsiyel sakral eksizyon sonrası geride kalan posterior rektum mezosunun görünümü.*

### Tartışma

Retrorektal ya da presakral bölgedeki kitleler nadiren görülmektedir. Referans merkezlerde bu tümörlerin insidansı 1/40.000-63.000 olarak bildirilmiştir.<sup>1</sup> Retrorektal alanda izlenebilen lezyonlar oldukça geniş varyasyona sahiptirler (Enflamatuvar, neoplastik, konjenital orjinli).<sup>2</sup> Tümoral kitlelerin büyük bir kısmı benign olmakla beraber malign de olabilmektedir. Bu yüzden agresif cerrahilere ihtiyaç duyulabilmektedir.<sup>3,4</sup> Hastamızdaki kitle neoplastik özellikte olup, geniş cerrahi rezeksiyon (parsiyel sakral eksizyon) tercih edildi. Semptomları geniş yelpaze de olduğu için, uzun süren perineal ve bel ağrısı durumlarında akla getirilmelidir. Ağrı genellikle otururken artmakta, ayağa kalkmakla, yürümekle kaybolmaktadır. Mayo kliniğın serisinde ağrı en sık görülen semptom olarak bildirilmiştir. Malign ve benign lezyonlar karşılaştırıldığında malign lezyonlarda ağrı daha çok ön plana çıkmaktadır (sırası ile %88, %39). Makroskopik olarak büyük tümörleri olan hastalarda konstipasyon, fekal ya da üriner inkontinens, sakral sinir kökünün tutulmasına bağlı seksüel disfonksiyon şikayetleri ortaya çıkabilmektedir.<sup>1</sup> Hastamızda günde 8-10 defa defekasyon ihtiyacı, defekasyon sonrası yeterince rahatlayamama, bel ve kalça ağrısı şikâyetleri mevcuttu.

Doğru teşhis, lokalizasyon ve karakterizasyon cerrahi tedaviyi etkilemektedir.<sup>2</sup> Retrorektal kitlelerin varlığında basit görüntüleme tetkiklerinden (iki yönlü sakral grafi) başlayarak daha kompleks yöntemlerden (CT, MRI, endorektal ultrasonografi) yararlanılmaktadır. Pelvik CT lezyonun solid ya da kistik ayırımında yardımcı olduğu gibi mesane, ureterler ve rektum gibi komşu organlarla ilişkisi açısından önemli rol oynamaktadır MRI ise birçok planda çekilebildiğinden retrorektal lezyonun sakruma göre seviyesini ve de özellikle sagittal kesitlerinde sakrektomi gerekip gerekmediği konusunda bilgi vermektedir.<sup>5</sup> Hastamızda teşhiste MRI ve CT radyolojik

tetkik olarak kullanıldı. Bu görüntüleme yöntemlerinde S2 vertebradan itibaren tüm sakral vertebraları tutan solid kitle tespit edildi.

Transperineal ve parasakral biyopsi yapılması en ideal olarak kabul edilmektedir. Özellikle transperitoneal, transvajinal ve transrektal biyopsiden kaçınılmalıdır.<sup>6</sup> Pelvis içerisindeki lezyonlardan preoperatif biyopsi genellikle tercih edilmez. Çünkü hem lezyonu tam olarak tanımlamada yardımcı olmaz hem de tümör hücrelerinin peritoneal kaviteye dökülmesine ve biyopsi traktı boyunca yayılmasına yol açar.<sup>7</sup> Hastamıza preoperatif dönemde yapılan parasakral biyopside histopatolojik tanı konulamadı.

Radyoterapi özellikle çok büyük tümörlerde preoperatif dönemde kitlenin küçültülmesi ve rezeksiyon yapılabilir hale gelmesi açısından oldukça etkilidir.<sup>6</sup> Cerrahi olarak anterior (abdominal), posterior sagittal ya da perineal ve kombine yaklaşımlar tercih edilebilmektedir.<sup>1</sup> S2'nin distalindeki lezyonların posterior yaklaşımla subtotal sakrektomi şeklinde tedavisi mümkündür.<sup>8,9</sup> Guntenberg ve arkadaşları tek taraflı sakral rezeksiyonlarda ciddi sfinkter bozuklukları oluşmadığını, özellikle üçüncü sakral kökün mesane ve bağırsak fonksiyonları için önemli olduğunu, S2'nin korunması halinde ise bir miktar fonksiyon kalabileceğini vurgulamışlardır.<sup>8,10</sup> Ancak, total sakrektomi planlanan hastalarda bu köklerin korunması söz konusu değildir ve bu durumun hastaya önceden açıklanması önemlidir. Hastamıza posterior yaklaşımla S1 ve S2 sinir kökleri korunacak şekilde "en block" olarak parsiyel sakral eksizyon yapıldı. Sonuç olarak sık dışkılama ve tenezm şikayeti olan hastalarda nadir bir sebep olsa da retrorektal kitleler ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Bu tümörlerin tedavisinde cerrahi girişim halen tedavinin temelini oluşturmakla beraber cerrahideki en önemli problem retrorektal kitlelere nasıl yaklaşılacağıdır. Cerrahi tedavide malign retrorektal kitlelerin en blok rezeksiyonunu çok önemli bir unsurdur.

**Kaynaklar**

1. Jao S-W, Beart RW, Spencer RJ, *et al.* Retrorectal tumors: Mayo Clinic experience, 1960-1979. *Dis Colon Rectum* 1985; 28 (9): 644-52.
2. Dahan H, Arrive L, Wendum D, *et al.* Retrorectal developmental cysts in adults: clinical and radiologichistopathologic review, differential diagnosis and treatment. *Radiographics* 2001;21(3):575-84.
3. Zileli M. Sakral kordomalar Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(51):123-9.
4. Hobson KG, Ghaemmaghami V, Roe JP, *et al.* Tumors of the retrorectal space. *Dis Colon Rectum* 2005;48(10):1964-1974.
5. Leventoğlu S, Menteş B.B, Retrorektal Tümörler *Kolon Rektum Hast Derg* 2007;17:61-69.
6. Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, *et al.* The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Dozois EJ, Jacofsky DJ, Dozois RR. Presacral Tumors. Springer, New York, 2007;501-14.
7. Schwarz RE, Lyda M, Lew M, *et al.* A carcinoembryonic antigen-secreting adenocarcinoma arising within a retrorectal tailgut cyst: clinicopathological considerations. *Am J Gastroenterol* 2000;95(5):1344-47.
8. Dahlin DC, McCarty LS. Chordoma: A study of 59 cases. *Cancer* 1952;5:1170-8.
9. Tomita K, Tsuchiya H. Total sacrectomy and reconstruction for huge sacral tumors. *Spine* 1990;15:1223-7.
10. Gunterberg B, Kewenter J, Petersen I, *et al.* Anorectal function after major resections of the sacrum with bilateral or unilateral sacrifice of sacral nerves. *Br J Surg* 1976;63:546-54.