

Nadir Görülen Bir Olgu: Retrorektal Endometriozis

An Unusual Case: Retrorectal Endometriosis

TUNCER BABÜR¹, GÜRSEL ÇİĞ¹, MUZAFFER AKYAZICI², METİN ERTEM³

¹S. B. Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi 1. Cerrahi Servisi, ²S. B. Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi Radyoloji Servisi, ³İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Endometriozis, rahim iç tabakasında bulunması gereken dokunun rahim dışında yerleşmesidir. Genellikle pelvisin peritoneal yüzeyini tutar. Retrorektal tümörlerin çoğu konjenital olup nadir görülürler. 4. sakral vertebranın aşağısındaki kitlelerde posterior yaklaşım önerilir. Ender görülen retrorektal kitlelerin ayırıcı tanısında endometriozis de düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: *Retrorektal kitle, Endometriozis*

ABSTRACT

Endometriosis is characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. It generally covers the peritoneal surface of pelvis. Retrorectal tumors are frequently congenital and are seen rarely. In lesions caudal to 4th sacral vertebral body a posterior approach is recommended. Endometriosis, should also be considered for the distinguishing diagnosis of uncommon case of retrorectal masses.

Key words: *Retrorectal mass, Endometriosis*

Başvuru Tarihi: 20.05.2009, Kabul Tarihi: 22.06.2009

Dr. Tuncer Babür

Kordonboyu Mah. Neyzen Tevfik Cad. 9-palmye Sitesi

F/10 Kartal 34862 İstanbul - Türkiye

Tel: 0216.4884449, 0555.2394058

e-mail: tuncerbabur@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2009;19:134-137

Endometriozis, rahim iç tabakasında bulunması gereken dokunun rahim dışında lokalize olmasından kaynaklanan bir hastalıktır. Sıklıkla pelvisin peritoneal yüzeyini tutmaktadır.¹ Endometriozis genellikle pelviste; uterusakral ligamanlar, uterusun arkası ve önünde, pelvik peritonda ve overlerde oluşur. Hastalar, menstrüasyon periodunun başlamasından 3-4 gün önce başlayıp kanamanın ilk birkaç gününe kadar devam eden siklik ağrıdan yakınrlar.

Retrorektal tümörlerin çoğu konjenital olup nadir görülen tümörlerdir.² Oldukça ender görülen 3 ekstrapitoneal retrorektal yerleşimli endometriozis olgusunu ve uyguladığımız cerrahi yaklaşımı sunuyoruz.

Olgu sunumu

32 yaşında doğurmamış kadın hasta; 6 aydan beri kasıkta ağrı, dışkılama hissi ve dışkılamada zorluk şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde: tuşe rektalde; rektum arka yüzde, orta hatta, düzgün mukozal yüzeyli kitle saptandı. Tümör markerleri normal bulundu. Pelvik renkli dopler ultrason incelemede (Pelvik RDUSG): Douglosta rektum arka duvarı komşuluğunda, multiloküle 60x51x46 mm çaplarında kitle, alt abdomen manyetik rezonans görüntüleme (MRI): Rektum sağ posteriorunda, sınırları rektum duvarından ayırt edilemeyen 60x50x43 mm lik lobüle konturlu kitle (Resim 1).



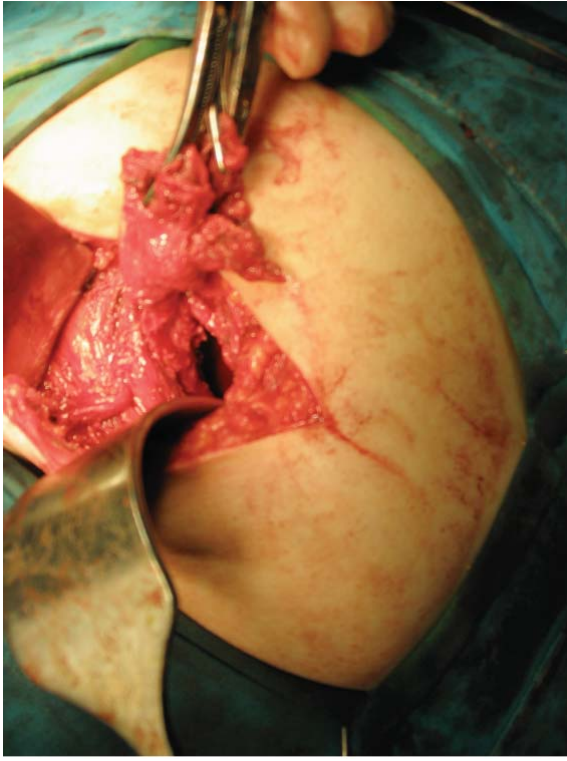
Resim 1. Retrorektal kitlenin MRI görüntüsü.

Endorektal ultrasonografide (ERUS) : rektum arkasında, rektum duvarı dışında, multiloküle solid ve kistik komponentleri olan yaklaşık 5.5 cm çapında kitle saptandı (Resim 2).



Resim 2. Kitlenin ERUS görüntüsü.

Hasta bu bulgularla spinal anestezi ile operasyona alındı. Jack-knife pozisyonunda koksix üzeri transvers insizyonla posterior yaklaşım uygulandı. Koksix eksize edildi. Retrorektal plana geçilerek kitleye ulaşıldı (Resim 3). Kitlenin çevre dokulara infiltrate olduğu fakat rektum duvarından kolay ayrıldığı gözlemlendi. Kitle çevre dokular ve levator aniden sebestleştirilerek eksize edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Histopatolojik tanı; endometrium dokusuna ait stroma ve glandlardan oluşmuş alanların görüldüğü endometriozis olarak rapor edildi. 26. aydaki kontrolünde; klinik olarak şikâyeti yoktu, tuşe rektalde ve pelvik MRI'nda özellik saptanmadı.



Resim 3. Kitlenin çıkarılırken ameliyat görüntüsü.

Tartışma

Retrorektal tümörlerin %63'ü konjenital, %10'u nörojenik, %8'i inflamatuvar, %7'i kemik, %12'si diğer dokulardan kaynaklanırlar.⁴ Konjenital lezyonlar; kistler (dermoid, epidermoid, tailgut kistleri), kordomalar, teratomlar, meningosellerden oluşur, %60'ı gelişimsel kistlerdir. Benign retrorektal kitle kadınlarda daha sıktır.² Kordomalar bu bölgede en sık olarak görülen malign tümörlerdir.⁶

Hastaların çoğunda semptom yoktur, tümöre rutin pelvik veya rektal muayene sırasında rastlanır.⁴ Rektal muayene ile %90'dan fazla hastanın teşhisi konulabilir ve cerrahi yaklaşım için önemli olan tümörün proksimal sınırı değerlendirilebilir. En sık bulgular rektal ve bel ağrısıdır. Hastamızda kasık ağrısı şikayeti vardı. Malign kitleler ve infeksiyöz kaynaklılarda ağrı en sık bulgudur.²

Tanıda ultrasonografi, transrektal ultrasonografi, düz grafi, baryumlu kolon grafisi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, biyopsi, myelogram kullanılabilir. Pelvisin düz radyografisi; malignite veya kordomayı düşündüren kemik harabiyetini veya benign teratomayı düşündüren multiple kalsifikasyonları gösterebilir. Pelvis tomografisi; küçük tümörler tanısında, tümörün solid-kist ayırımının yapılmasında, çevre doku invazyonunun değerlendirilmesinde, lezyonun üst sınırının tayininde yardımcı olabilir. Pelvis MR'ı özellikle yumuşak doku planlarını, kemik invazyonunu, sinir tutulumunu değerlendirmede yararlıdır. Olgumuzda bu tetkikler sonucunda selim kitle düşünüldü. Lezyonun operabl olduğu düşünülüyorsa biyopsi alınması önerilmez, çünkü iğne biyopsilerinden sonra biyopsi yolu boyunca tümör ekilmesi, fekal fistül, menenjit ve septik komplikasyonlar bildirilmiştir.⁶

Cerrahi rezeksiyon asemptomatik hastalarda bile seçilecek tedavidir, çünkü lezyonun infekte olma, malign olma ya da malignleşme potansiyeli vardır. Rezektabl görünen lezyonların total eksizyonu en iyi tedavi seçeneğidir. Negatif cerrahi sınır ile komplet rezeksiyon benign retrorektal lezyonlar için standart cerrahi yaklaşımdır. Bununla birlikte malign tümörlerin rezeksiyonu daha zordur ve lokal rekürrens oranı yüksektir.

Cerrahi olarak abdominal, posterior, abdominosakral, transrektal ve intersfinkterik yaklaşımlar uygulanabilir. Biz hastamızda posterior yaklaşımla koksiks eksizyonu ile kitleye ulaştık. Yüksek retrorektal ve ekstra-spinal nörolojik lezyonlarda abdominal yaklaşım önerilmektedir.⁶ Anterior yaklaşım en alt uzanımı 4. sakral elementin üstünde olan lezyonlara önerilmektedir.⁷ Daha aşağı lezyonlarda ve infekte kistlerde posterior, transsakral yaklaşım önerilir.⁴ Büyük kitlelerde abdomino-sakral yaklaşım daha yararlı olacaktır. İyi bir görüntüleme sağlamak ve nüksü önlemek için koksiksin çıkarılması gerekir, çünkü çoğunlukla kistin kaynağı koksikstir. Kordomaların küratif rezeksiyonunu sağlamak için bazen sakrum, nöral yapılar, rektumun birlikte çıkarılması gerekir.⁶

İnoperabl ya da yetersiz rezeksiyon yapılmış hastalarda yüksek doz radyoterapi palyasyon sağlayabilir. Bu bölge tümörlerinin tedavisinde kemoterapinin yeri yoktur.⁶ Sonuç olarak ender görülen retrorektal kitlelerin ayırıcı tanısında yine ender görülen endometrozise ait kitle akılda bulundurulmalıdır. 4. sakral vertebranın distalindeki kitleler posterior yaklaşımla tedavi edilebilir.

Kaynaklar

1. Corsan JD, Williamson RCN. Surgery. 1th ed. 2001;3:17-31.
2. Hobson KG, Ghaemmaghami V, Roe JP, *et al.* Tumors of the retrorectal space. Dis Colon Rectum 2005;48:1967-74.
3. Rieger N, Munday D. Retrorectal endometrial cyst. Arch Gynecol. Obstet. 2004;270:67-18.
4. Stewart RJ, Humprey WG, Parks TG. The presentation and management of presacral tumors. Br J Surg 1986;73:153-55.
5. Hjerstad BM, Helvig EB. Tailgut cysts. Report of 53 cases. Am J Clin Pathol 1988;89:139-147
6. Schwartz SI, *et al.* Principles of surgery. 7th ed. 1999;1390-91.
7. Bohm B, Milsom JW, Fazio VW, *et al.* Our aproach to the management of congenital presacral tumors in adults. Int J Colorectal Dis 1993;8:134-38.