

# Sakrokoksigeal teratomu taklit eden nadir bir patoloji: Tailgut kisti \*

Dinçer AVLAN, Ali NAYCI, Hakan TAŞKINLAR, Ayşe POLAT, Burçin TUŞTAŞ, Aytuğ ATICI, Selim AKSÖYEK

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Patoloji Anabilim Dalları, Mersin

## Özet

Tailgut kisti sakrokoksigeal alanda yerleşen, embriyonik tailgut artıklarından kaynaklanan ve az görülen bir patolojidir. Yenidoğan döneminde görülmesi ise oldukça nadirdir. Bu kistik lezyon sıklıkla sakrokoksigeal bölgenin diğer kistik lezyonları ile karıştırılır. Bu çalışmada, sakrokoksigeal bölgeden sağ gluteusa doğru yayılım gösteren ve sakrokoksigeal teratom ön tanısı ile tedavi edilen bir yenidoğan sunulmaktadır. Kitle koksiks ile beraber tamamen çıkarılmış ve ameliyat sonrası tailgut kisti tanısı konulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Yenidoğan, tailgut kisti

## Summary

**Tailgut Cyst: A rare pathology mimicking sacrococcygeal teratoma**

Tailgut cyst is a rare pathology which originates from the embryonic tailgut and is located in the sacrococcygeal area. It is extremely rare in the neonatal period. This cystic lesion is usually confused with other cystic pathologies of sacrococcygeal region. We report a newborn whom had a cystic swelling extending from sacrococcygeal region to right gluteus and had a preliminary diagnosis of sacrococcygeal teratoma. The mass was completely resected with the coccyx and after the operation was diagnosed as a tailgut cyst.

**Key words:** Newborn, tailgut cyst

## Giriş

Tailgut kisti nadir rastlanılan doğumsal bir lezyon olup embriyonik tailgut artıklarından kaynaklanan, sakrokoksigeal veya rektum ardı alanda yerleşen kistik kitlelerdir<sup>(1)</sup>. Daha çok yetişkinlerde ve özellikle kadınlarda komplikasyonları ile veya rastlantısal olarak muayene sırasında ortaya çıkar; çocuklarda ve özellikle yenidoğanlarda ise çok nadir görülürler. Yenidoğan döneminde sakrokoksigeal teratomdan ayrılmaları zordur.

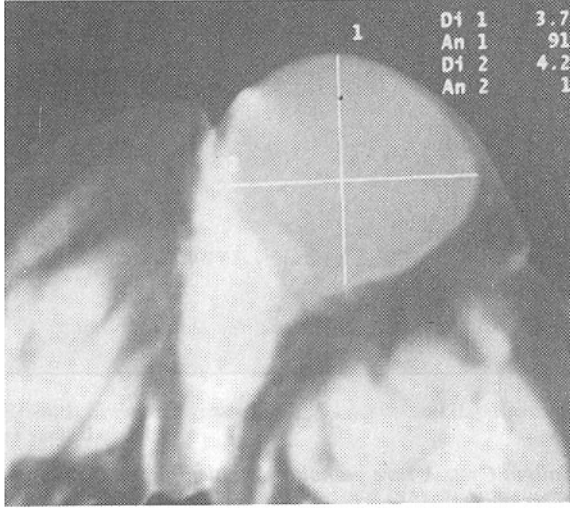
Bu çalışmada sakrokoksigeal teratom ön tanısı ile ameliyat edilerek, ameliyat sonrası tailgut kisti tanısı konulan yenidoğan, patolojinin özellikle bu dönemde oldukça nadir görülmesi ve klinik olarak sakrokoksigeal teratomla yakın benzerlik göstermesi nedeniyle literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

## Olgu sunumu

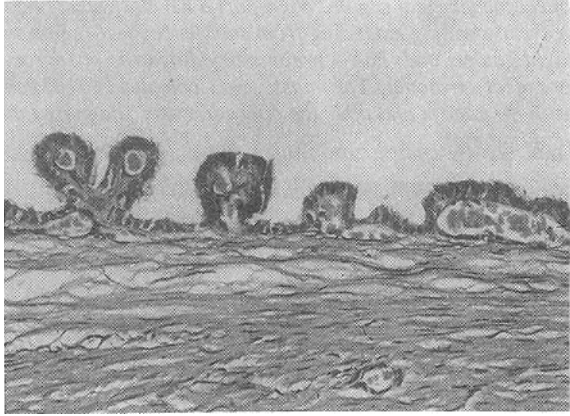
Normal bir gebeliği takiben vajinal yol ile dünyaya gelen iki günlük bir kız bebek. Muayenede sakrokoksigeal bölgeden sağ gluteusa doğru uzanan yaklaşık 7.5x5 cm boyutlarında kistik bir kitle saptandı. Düz radyografide sakrokoksigeal alanda radyopak gölge içermeyen homojen opasite görüldü. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde sakrokoksigeal bölgeden başlayan ve sağ gluteus kası içine uzanan, geniş kistik bir kitle saptandı, kitle içindeki solid alana ve sakrumda herhangi bir şekil bozukluğuna rastlanmadı (Şekil 1). Serum alfa-protein düzeyi yaşıyla uyumluydu. Hastaya 5 günlükken olgunlaşmış kistik sakrokoksigeal teratom ön tanısı ile cerrahi girişim yapıldı. Ameliyatta hemen tamamı pelvis dışı yerleşmiş, sakrokoksigeal ve sağ gluteal bölgede iyi kapsüle olmuş kistik bir kitle saptandı. Kitlenin anal kanal, rektum veya nöral dokularla bir bağlantısı yoktu. Kist koksiks ile beraber tam olarak çıkarıldı. Hasta ameliyat sonrası 7. gün taburcu edildi. Histopatolojik olarak kist, kript veya villus içermeyen tek kat silindirik epitelle döşeliydi. Ayrıca izole siliyalı

\* XXI. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur (8-10 Ekim 2003, Şanlıurfa)

**Adres:** Dr. Dinçer Avlan, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Zeytinlibahçe 33070, Mersin  
**Yayına kabul tarihi:** 12.04.2004



Şekil 1. Sakrokoksigeal bölgeden sağ gluteus maksimus kasına uzanım gösteren pelvis BT'si.



Şekil 2. Tek tabaka ve fokal olarak silialar içeren silindirik epitel ile döşenmiş kist duvarının mikroskopik görüntüsü. Ayrıca kist duvarının iç yüzeyinde fibrovasküler çekirdek içeren küçük bir papilla görülmektedir. (H-Ex20).

*epitel adacıkları ve fibrovasküler çekirdek içeren birkaç adet papilla da vardı. Kist duvarını dağınık, devamlı olmayan düz kas hücreleri oluşturuyordu. Bu bulgular tailgut kisti ile uyumlu idi (Şekil 2).*

## Tartışma

Sakrum önü ve sakrokoksigeal bölgeler birçok farklı tip embriyonik doku içerir. Bu nedenle duplikasyon kistleri, meningomyelosel, epidermal kistler, kordomalar, teratomlar ve tailgut kistleri gibi doğumsal kistler bu bölgede görülebilir (1,2). Yenidoğan döneminde sakrokoksigeal bölgenin en sık karşılaşılan

lezyonlarının teratomlar olup, bu dönemde tailgut kisti çok nadirdir.

Tailgut embriyonik arka bağırsağın son kısmıdır ve kloakal zarın aşağısına yerleşmiştir. Normalde, tailgut embriyonik gelişimin 8 haftasında tamamen geriler, bu gerilemenin tam olmaması ile varlığını sürdüren tailgut artıkları bu kistlerinin oluşumuna neden olur (3,4).

Tailgut kistleri genellikle erişkin yaşlarda tanı alırlar, sıklıkla kadınlarda ve semptomsuz olarak görülürler ama bazı lezyonlar rektum ardı apse ile birlikte kabızlık, anal fistül, pilonidal kist, dışkı çapında incelemeyle seyreden semptomlarla beraber olabilir. Semptomsuz hastalarda çoğunlukla rutin muayene veya pelvik muayene sırasında fark edilirler. Hjerms-tad ve Helwig semptomsuz iki bebekte dışkılama sırasında dışarı çıkmayla saptanan sakrum önü yerleşimli tailgut kisti olgusu bildirmişlerdir (1). Öte yandan yenidoğanlarda sakrokoksigeal bölgeye yerleşmiş ve muayenede hemen göze çarpan bir tailgut kisti, bu bölgede en sık görülen lezyon olan sakrokoksigeal teratomlarla kolaylıkla karıştırılabilir (5,6). Sunulan olguda muayenede sakrokoksigeal bölgeden sağ gluteusa uzanım gösterdiği saptanan kitle bize yanıltıcı olarak sakrokoksigeal teratomu düşündürmüştür.

Bu bölgedeki kitlelerin radyolojik değerlendirmesinde düz radyografi, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi yol gösterici çalışmalardır. Düz radyografide özellikle sakrokoksigeal teratomlarda kalsifikasyonlar izlenmesine karşın tailgut kistlerinde bu bulgu çok nadirdir. De Lange ve ark. tailgut kisti olan yetişkin bir kadın hastanın düz grafisinde kalsifikasyon görüldüğünü bildirmişlerdir (7). Tailgut kistleri en iyi bilgisayarlı tomografide değerlendirilir ve sıklıkla yuvarlak veya oval keskin sınırlı, kalsifikasyon içermeyen yumuşak homojen dokular olarak görülürler. Olgumuzun bilgisayarlı tomografisinde kalsifikasyon veya yağ içermeyen sınırları belirgin kistik kitle saptadık (Şekil 1).

Makroskopik olarak bu kistler büyük, çok bölümlü veya tek bölümlü olabilir; genellikle sakrum veya rektuma yapışık olmalarına karşın bu dokularla ilişkileri yoktur. Sık olmayarak kistler orta çizgiden yana veya sakrum arkası boşluğa doğru yayılırlar (8).

Sunulan olguda da, kitle sakrokoksigeal bölgeye yerleşmişti ve sağ gluteus maksimus kasına yayılıyordu. Mikroskopik olarak kistler kript veya villus içermeyen tek katlı epitel ile döşelidir. Kistleri döşeyen en sık görülen epitel tipleri skuamöz ve silindirik (basit veya silyalı) epiteldir. Hjernstad ve Helvig olguların % 75'inde skuamöz epitel bulunduğunu bildirmişlerdir (1). Kist duvarında yer yer düz kas liflerine rastlanır ancak bu lifler devamlılık göstermeyip, yama şeklindedir ve belirgin bir düz kas tabakası görülmez (8). Bizim olgumuzda ise kist duvarının tek tabaka silialı silindirik epitel ile döşeli olduğu ve kist duvarında devamlılık göstermeyen izole kas lifleri bulunduğu belirlendi. Tailgut kistlerindeki epiteliyal elemanlarının habisleşmesi nadir olarak bildirilmiştir.

Sakrokoksigeal teratomlar ise tailgut kistleri gibi sağlam bir deri ile kaplı ve sıklıkla 3 germ tabakasının (ektoderm, endoderm, mezoderm) bileşenlerini içeren solid alanlar içeren çok bölümlü kistlerden oluşur.

Tailgut kistlerinin ideal tedavisi cerrahi olarak tamamen çıkarmadır. Sakrokoksigeal teratomlarda olduğu gibi koksiksin çıkarılması önerilir (1). Sunulan olgunun cerrahi tedavisinde de kitle koksiksle birlikte tam olarak çıkarılmıştır.

#### Kaynaklar

1. Hjernstad BM, Helwig EB: Tailgut cysts: Report of 53 cases. Am J Clin Pathol 89: 139, 1988
2. Whittaker ID, Pemberton J: Tumors ventral to the sacrum. Ann Surg 107: 96, 1993
3. Luks FI, De Paepe ME, DiLorenzo M, et al: Tailgut remnant or teratoma? Eur J Pediatr Surg 3: 182, 1993
4. Marco V, Antonelli J, Ferre J, et al : Retrorectal cyst hamartomas. Am J Surg Pathol 6: 707, 1982
5. Oh JT, Son SW, Kim MJ, Kim L, et al: Tailgut cyst in a neonate. J Pediatr Surg 35: 1833, 2000
6. Rafindadi AH, Shehu SM, Ameh EA: Retrorectal cystic hamartoma (Tailgut cyst) in an infant: Case report. East African Med J 12: 726, 1998
7. De Lange EE, Black WC, Mills SE: Radiologic features of retroperitoneal cystic hamartoma Gastrointest Radiol 13: 266, 1988
8. Bale PM: Sacrococcygeal development abnormalities and tumors in children. Perspect Pediatr Pathol 8: 9, 1984