

## گزارش یک مورد نادر از تیلگات کیست (Tailgut cyst) در یک مرد ۹۰ ساله با زخم ساکروم

دکتر منصور مقیمی\*، دکتر محمد زارع\*\*، دکتر محمد دهستانی\*\*\*، حمیدرضا سلطانی†، زهرا بهنام فر††  
\*استادیار گروه پاتولوژی-دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، \*\*استادیار گروه جراحی-دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، \*\*\*پزشک عمومی  
گروه علوم تجربی-دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، †دانشجوی پزشکی-دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد (عضو باشگاه پژوهشگران جوان)، ††دانشجوی پزشکی  
-دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۱/۱/۶ تاریخ تایید: ۱۳۸۱/۲/۱۵

### چکیده:

**مقدمه:** تیلگات کیست (Tailgut cyst=TGC) یک ضایعه کیستیک غیر شایع با منشأ بقایای روده Postnatal است که در فضای خلف رکتوم ایجاد می گردد.

**گزارش مورد:** آقای ۹۰ ساله اهل میناب با شکایت زخم در ناحیه ساکروم در مرکز آموزشی درمانی شهید صدوقی یزد پذیرش شد. بیمار در گرفتن شرح حال همکاری لازم را نداشت. بعد از انجام آزمایشات معمول، بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و ناحیه مربوطه از نظر ترشحات تخلیه و ترمیم شد و طی عمل جراحی به توده ای در ناحیه ساکروم برخورد گردید، بعد از برش کامل و خارج کردن آن در بررسی آسیب شناسی TGC تشخیص داده شد.

**نتیجه گیری:** با اینکه بروز بدخیمی در تیلگات کیست نادر است ولی باید در تشخیص افتراقی، تمام تومورهای خلف رکتوم به ویژه در زنان میانسال مورد توجه قرار گیرد.

**واژه های کلیدی:** تیلگات کیست، خلف رکتوم، زخم ساکروم.

### مقدمه:

افتراقی از یک فرایند التهابی و نیز سایر توده های فضای جلوی ساکروم می تواند دشوار باشد. برداشت کامل آن برای جلوگیری از عود، عفونت و تغییر شکل بدخیمی احتمالی لازم است (۳،۲).

### معرفی بیمار:

بیمار آقای ۹۰ ساله اهل میناب بود که با شکایت زخم در ناحیه ساکروم (لیگامان انوکوکیسیال) مراجعه کرده بود. از روی پوست توده ای به بیرون برآمده به همراه نواحی نکروز ایسکمیک روی آن قابل رویت بود. با توجه به ماهیت کیستیک آن، کاندید عمل جراحی شد. وی سابقه بیماری قلبی را ذکر می کرد. در طی عمل جراحی در موقعیت رو به شکم (Prone position) خوابانده شد. توده برش داده شد که

تیلگات کیست (Tailgut cyst=TGC) یک ضایعه کیستیک خوش خیم نادر است که در فضای جلوی ساکروم یا خلف رکتوم ایجاد می شود. بروز بدخیمی در TGC بسیار نادر است (۱). این ضایعه از بقایای روده Postnatal (که بطور طبیعی از بین می رود) مشتق می شود. اغلب در زنان و در میان سالگی دیده می شود. نیمی از مبتلایان بدون علامت هستند. Killingsworth اولین کیست مادرزادی جلوی ساکروم را توصیف کرد (۲). این ضایعه ممکن است با اندازه قابل توجهی رشد کند و در دوران بزرگسالی با علایم انسدادی ناشی از اثر موضعی توده مثل یبوست، درد در ناحیه پایین شکم، سوزش ادرار، عفونت ثانویه و خونریزی و به ندرت با تغییر بدخیمی بروز کند (۳،۱). اغلب تشخیص آن به تاخیر می افتد و در تشخیص

پرزای مایع شیری رنگ بود و در ناحیه رترورکتال (پره ساکرال) تا بالاترین حد ساکروم ادامه داشت. کیست به همراه محتویاتش تخلیه گردید، درن گذاشته شد و پس از سه روز درن خارج شد. سپس بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. نمونه جهت تشخیص به پاتولوژی ارسال گردید. در بررسی آسیب شناسی بیمار مشاهدات زیر ثبت گردید:

نمونه ارسال شده تحت عنوان توده پشت رکتوم در بررسی ماکروسکوپی شامل نسج صفحه ای شکل به اقطار ۵×۱۰ و حداکثر ضخامت ۰/۳ سانتی متر و برنگ قهوه ای خاکستری بود و در برش قوام نرم داشت. در بررسی میکروسکوپی جدار کیستی متشکل از بافت نرم همبندی فیبرو و اسکولر با نواحی هیالینیزه و ارتشاح کانونی لنفوسیت مشهود بود. در سطح داخلی تجمع ماکروفاژهای کف آلود با سیتوپلاسم گرانولر اتوزینوفیلیک و مواد نکروتیک وجود داشت. کیست های اقماری کوچک تر مفروش از اپی تلیوم مکعبی تا استوانه ای در ضخامت جدار کیست جلب نظر می کرد.

## بحث:

TGC یک ضایعه مادرزادی غیر معمول می باشد که از بقایای جنینی روده Postanal منشأ می گیرد و معمولاً در فضای جلو ساکروم و خلف رکتوم قرار دارد (۴). این فضا یک فضای بالقوه است که قسمت فوقانی آن را برگشت صفاق تشکیل می دهد، عضلات بالا برنده مقعد و کوکسیژیوس بخش تحتانی آن را می سازد و از طرفین توسط عروق ایلیاک و حالب احاطه می شود (۲). در طی حاملگی مراحل ۳/۵-۸/۵ سانتیمتری (۳۵-۲۸ روزه گی) جنین دم حقیقی دارد که در امتداد کانال مقعد است و به آن روده Postanal یا Tailgut می گویند و بطور طبیعی در هفته هشتم حاملگی ناپدید می گردد. بقایای آن احتمالاً منشأ TGC است (۱). این کیست ممکن است به همراه عدم تشکیل کوکسیژیوس، ساکروم و نقص های

ساکروکوکسیژیوس مختلف باشد (۳). TGC از نظر ظاهر ماکروسکوپی یک توده پر از موکوس با جدار نازک و نرم است (۳،۵). در صورت عفونت ضایعه ممکن است جدار ضخیم ملتهب و فیبروتیک داشته باشد که آن را احاطه کرده است (۵). دستجات عضله صاف با آرایش در جهات مختلف در آن دیده می شود (۶). این کیست ها در زمان کشف اندازه ۱۲-۲ سانتی متر و نسبتاً ریخت شناسی مشخص دارند (۱). کیست ها ممکن است چند حفره ای و کمتر تک حفره ای و انباشته از موسین باشند (۳). این کیست ها بوسیله نوعی اپی تلیوم کلوآکی مفروش شده اند که از سنگفرشی مطبق تا مکعبی، ترانزیشنال، سروموسینوس و روده ای متفاوت است. پوشش مژک دار بعضی مواقع دیده می شود (۱). Killingsworth اولین کیست مادرزادی جلو ساکروم را در سخنرانی خود توصیف کرد که مربوط به دختر یک ساله ای بود (۲).

به گزارش Doyle و همکاران در مطالعه Helwing و Hjermsstad از ۵۳ مورد TGC در سال ۱۹۸۸ دریافتند که این ضایعه در هر سنی بروز می کند و اغلب در میان سالگی و با نسبت ابتلا زن به مرد ۳/۱ دیده می شود. نیمی از افراد بدون علامت هستند و اغلب این کیست ها در طی معاینات رکتوم کشف می شوند (۳).

نام های دیگر TGC هامارتوم میوآپی تلیالی رکتوم، کیست تکاملی موسین تراوا، کیست رکتوم (۵)، کیست روده ای Postnatal و هامارتوم کیستیک خلف رکتوم می باشد (۲). تشخیص این ضایعه به علت نادر بودن اغلب به تاخیر می افتد. تظاهر بالینی بطور شایعی غیر اختصاصی بوده و مربوط به اثر توده می باشد که روی بافت های مجاور فشار می آورد و زمانی که فرد می نشیند باعث ناراحتی او می شود (۱). همچنین ممکن است باعث یبوست، درد در ناحیه پایین شکم، سوزش ادرار، عفونت، خونریزی (۳)، سرباز کردن سینوس ها از پوست دور مقعد یا جدار رکتوم (۵) و تغییر در قطر مدفوع یا تکرار ادرار شوند (۲). بروز بدخیمی در TGC بسیار نادر است. اغلب آنها در صورت تغییر

برای نشان دادن همه اشکال بافت شناسی لازم جهت تشخیص کافی نیست، برداشت کامل آن برای جلوگیری از عود، عفونت و تغییر شکل بدخیمی لازم است (۲). TGC حتی زمانی که بدون علامت است باید بطور کامل برداشته شود (۷). TGC اغلب خوش خیم است و بطور ثانویه می تواند منجر به عفونت شود و با آبنه خلف رکتوم یا آبنه پرینه اشتباه گردد. پیش آگهی کیست های بدخیم بستگی به چگونگی برداشتن کامل آن در طی جراحی، بافت شناسی تومور و درجه آن دارد. عود موضعی و متاستازهای دور دست هم گزارش شده است (۱).

### نتیجه گیری:

TGC ضایعه خوش خیم و نادر است که در فضای خلف رکتوم قرار دارد. بروز بدخیمی در آن نادر است ولی باید در تشخیص افتراقی تمام توده های خلف رکتوم به ویژه در زنان میانسال با علایم اطراف رکتوم و عدم پاسخ درمانی به برش (Incision) و درناژ مطرح گردد همچنین ایجاد بیماری در سنین بالا بویژه در نود سالگی همراه با زخم ساکروم از موارد منحصر به فرد TGC می باشد.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی کسانی که ما را در این طرح یاری رساندند قدردانی می گردد.

بدخیمی به ادنوکارسینوم یا تومورهای نورواندوکراین (مانند تومور کارسینوئید) با درجه های متفاوت تبدیل می شوند. در طی یک بررسی فقط ۱۶ مورد از ادنوکارسینوم ها منشأ TGC داشتند (۱). تشخیص افتراقی TGC با توده هایی است که در فضای جلوی سارکوم قرار دارند و عبارتند از توده های اولیه نوروژنیک، استئوژنیک و توده های با منشأ مادرزادی که شامل: کیست های تکاملی (کیست درموئید، کیست اپی درموئید، کیست عصبی- روده ای، دوپلیکاسیون کیستیک رکتوم)، تراتوم ساکروکوکسیژیوس، کیست غده ای یا کیست مجرای مقعد، لیومیوسارکوم نکروتیک رکتوم، کوردوم نکروتیک ساکروم (۳)، مننگوسل قدام ساکروم (۳)، کیست مولرین (۱). استفاده از باریم اما اغلب اتساع فضای جلو ساکروم را نشان می دهد. سی تی اسکن می تواند بطور مشخص توده چند حفره ای یا تک حفره ای با دیوار نازک و با حاشیه مشخص را نشان دهد. سونوگرافی با استفاده از اکوهای داخلی یک توده کیستیک را ثابت می کند. MRI در تشخیص کمک کننده است و مطرح کننده تغییرات بدخیمی می باشد (۴). درمان انتخابی شامل برداشتن و خارج کردن کامل کیست است (۱) و نیاز به بیوپسی نمی باشد (مگر اینکه توده از نظر جراحی قابل دسترسی نباشد) چون بیوپسی منجر به خطر گسترش سلول های دیسپلاستیک از طریق دیواره های نازک کیست می شود. علاوه بر این بافت بدست آمده از بیوپسی اغلب

### منابع:

1. Tampi C, Lotwala V, Lakdawala M, Coelho K. Retrorectal cyst hamartoma (tailgut cyst) with malignant transformation. *Gynecol Oncol.* 2007 Apr; 105(1): 266-8.
2. Killingsworth C, Gadacz TR. Tailgut cyst (retro rectal cystic hamartoma): report of a case and review of the literature. *Am Surg.* 2005 Aug; 71(8): 666-73.
3. Doyle D, Wyse G, Casey M, Kelly D. Retro rectal cystic hamartoma. *Can Assoc Radiol J.* 2006 Jun; 57(3): 179-81.
4. Piura B, Rabinovich A, Sinelnikov I, Delgado B. Tailgut cyst initially misdiagnosed as ovarian tumor. *Arch Gynecol Obstet.* 2005 Oct; 272(4): 301-3.

5. Williams LS, Rojiani AM, Quisling RG, Mickle JP. Retrorectal cyst-hamartomas and sacral dysplasia: MR appearance. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1998 Jun-Jul; 19(6): 1043-5.
6. Lin SL, Yang AH, Liu HC. Tailgut cyst with characinoid: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 1992 Jan; 49(1): 57-60.
7. Roche B, Marti MC. Tailgut Cyst, an unusual evolution. *Swiss Surg.* 1997; 3(1): 21-4.

