

# Sakrokosigeal teratom: Tek bir merkezin 3 yıllık deneyimi

Erol Arslan<sup>1</sup>, Mete Sucu<sup>1</sup>, Mehmet Özsürmeli<sup>1</sup>,  
Selahattin Mısırlıoğlu<sup>1</sup>, Selim Büyükkurt<sup>1</sup>, Hüseyin Şimşek<sup>2</sup>,  
Önder Özden<sup>3</sup>, Mustafa Akçalı<sup>2</sup>, Ferda Özlü<sup>2</sup>,  
Hacer Yapıcıoğlu Yıldızdaş<sup>2</sup>, Nejat Narlı<sup>2</sup>, Hilmi Serdar İskit<sup>3</sup>, Süleyman Cansun Demir<sup>1</sup>,  
İsmail Cüneyt Evrüke<sup>1</sup>,  
Mehmet Satar<sup>2</sup> Fatma Tuncay Özgünen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Adana

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Adana

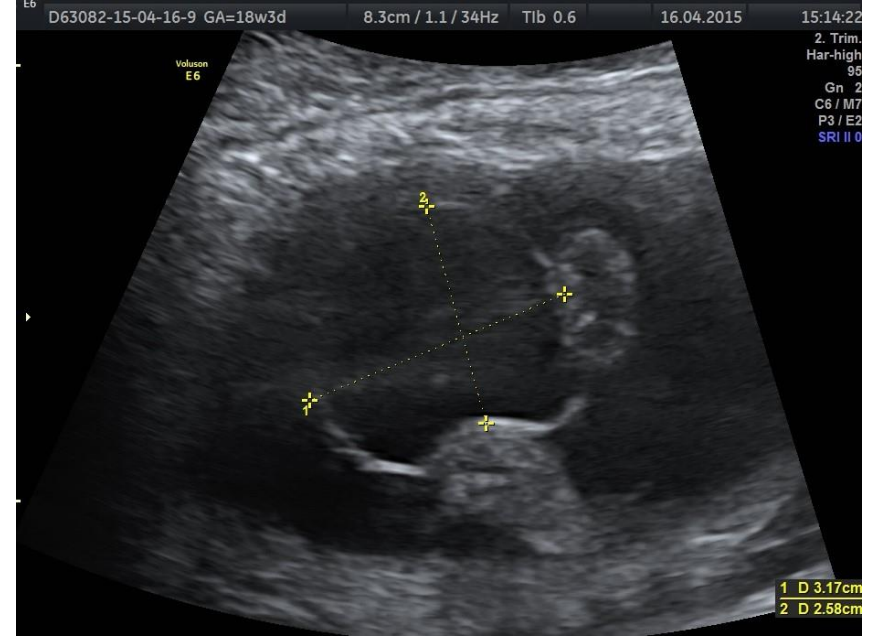
<sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana

# Giriş

- Sakrokoksigeal teratom, genelde sakrum ön yüzünde pluripotent hücrelerden kaynaklanan ve intrauterin dönemde oldukça nadir görülen bir neoplazmdır.
- Sakrokoksigeal teratom pür kistik, pür solid ya da kistik-solid karışımında olabilmektedir.
- Hiperdinamik dolaşım nedeniyle kalp yetmezliği ve hidrops yapabilir.

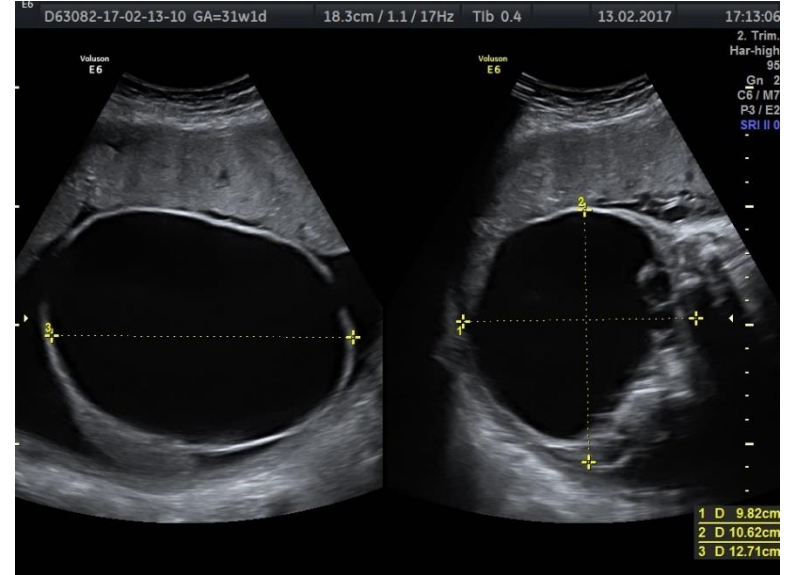
# Tanı

- Sakral bölgede dışa veya içeriye doğru büyüyen kistik-solid komponenti olan tümörlerdir.
- Tümör içinde kemik ve kıkırdak dokuları olabilir.
- İntrapelvik komponentin oranına göre 4 tipe ayrılır.



- Tip 1: ekstrenal tümör  
Tip 2: Eksternal tümör, intrapelvik Komponent de mevcut.  
Tip 3: intrapelvik komponent fazla  
Tip 4: Tamamen intrapelvik

- Ayırıcı tanı:
  - Batın içi kistler
    - Anterior sakral meningoşel
    - Gastrointestinal obstrüksiyonlar
    - Over kisti
    - Üriner obstrüksiyon
  - Fetus in fetu
  - Kistik retroperiton tümörleri



# Amaç ve yöntem

- Merkezimizde intrauterin dönemde tanı almış sakrokoksigeal teratomlu fetüslerin gebelik sonuçlarının ve yenidoğan dönemindeki kısa dönem takiplerinin değerlendirilmesi.
- Teratom tanısı alan hastaların ultrason bulguları, ameliyat notları, yenidoğan dönemindeki izlemleri retrospektif olarak tarandı.

No	Tanıda GH	Boyut (cm)	Gebelik sonucu	Doğum haftası	Apgar	Tartı (g)	Cerrahi günü	Yaş (ay)
1	18	4*3	C/S	36+6	8-9	3470	4	29
2	18	7*5	C/S	39	9-10	4380	3	24
3	29	12*13	C/S	31+3	4-5-7	2500	2	21
4	26	5*4	C/S	37			7	10
5	21	3*3	C/S	29+3	6-7	1525	20	10
6	23	6*3	C/S	38+5	6-7	4550	4	8
7*	22	4*3	C/S	38			12-40	10
8	31	10*12	C/S	37+5	5-7	5830	1	6
9	26	10*9	NVD	28	4-6-7	1650		eksitus
10	34	8*9	C/S	36+2	4-7	3150	10	3
11	23	8*9	TT					
12	16	5*4	TT					
13	16	3*3	TT					

# Sonuç

- Kötü prognoz kistasları olan polihidramniyos ve hidropsun görülme sıklığı solid ve büyük tümörlerde artar.
- Yaşam beklentisinden önceki gebelik haftalarında hidrops gelişen hastalara gebelik sonlandırılması seçeneği sunulabilir.
- Doğum multidisipliner yaklaşımın mümkün olduğu merkezlerde yapılmalıdır.