

Taşsız Kolesistitin Nadir Bir Nedeni: Safra Kesesi Tümörü

A Rare Cause of Acalculous Cholecystitis: Gallbladder Tumor

Fatih Mehmet Yazar¹, Seyfi Emir², Özgen Arslan Solmaz³

1 Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

2 Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD

3 Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

ÖZET

Safra kesesi tümörü gastrointestinal sistemin 5. sıklıkta görülen patolojilerindedir. Genellikle komşu organlara direkt yayılım, lokal lenf nodu metastazı ya da yaygın metastatik hastalık şeklinde saptanabilir. 74 yaşındaki kadın hasta semptomatik taşsız kolesistit nedeniyle kolesistektomi ameliyatına alındı. Hastaya, ameliyat sonrası patolojik incelemede safra kesesinin adenokarsinomu tanısı konuldu. Hasta 2. kez ameliyata alınarak radikal kolesistektomi yapıldı. Hasta şikayetleri ve klinik muayene bulguları nonspesifik olduğundan tanı ve tedavideki altın standart öncelikle şüphelenmektedir. Yazımızda safra kesesinde adenokarsinom teşhis edilen bir olgunun, nadir görülmesi nedeniyle tartışılması amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Safra kesesi, kanser, adeno karsinom

ABSTRACT

Primary carcinoma of the gallbladder is the fifth most common tumor of the gastrointestinal tract. It is usually detected by directly spreading to adjacent tissues, lymphatic spreading to regional lymphnodes or disseminate metastases. A 74year-old female patient underwent cholecystectomy because of symptomatic acalculous cholecystitis. Postoperative pathologic examination of the specimen led to a diagnosis of adeno carcinoma in the wall of gallbladder. After diagnosis, this patient underwent a second operation, which was a radical cholecystectomy. Because complaints of the patient and the physical findings are nonspecific, the gold standart in diagnosis and treatment is to be always suspicious about it. In this study, our aim was to discuss adenocarcinoma in gall bladder which is encountered rarely.

Key words: Gallbladder, cancer, adeno carcinoma

İletişim (Correspondence):

Yard. Doç. Dr. Seyfi Emir

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Tekirdağ, Türkiye

Tel: 05322007525 / E-Mail: seyfiemir@hotmail.com

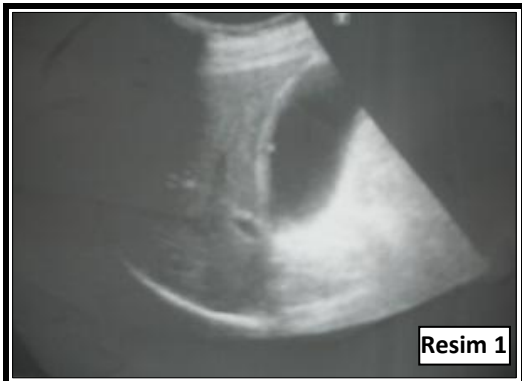
GİRİŞ

Safra kesesinin genel olarak safra kesesi taşlarına sekonder olarak iltihaplanmasını akut kolesistit olarak ifade ediyoruz. Akut kolesistit, olguların % 90-95' inde safra kesesindeki taşlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bazen sistemik hastalıklara bağlı da taşsız kolesistit görülebilir. Akut kolesistitin % 1 den az bir nedeni ise safra kesesi tümörlerinin sistik kanalı tıkamasıdır (1).

Safra kesesi tümörleri nadir görülen bir kanser türü olup, tüm kanserlerin % 0.6-3' ünü oluşturur ve prognozu kötü tümörlerdir. Ortalama görülme yaşı 65 'tir. Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha görülmektedir. Hepato-biliyer sistemin en sık (2/3) kanseri olmakla birlikte, gastrointestinal sistem kanserleri içinde 5. sıklıkta (rektum, kolon, pankreas ve mide kanserlerinden sonra) (%2-4) görülmekte ve gastrointestinal sistem kanserlerine bağlı ölümlere 9. sıklıkta neden olmaktadır.

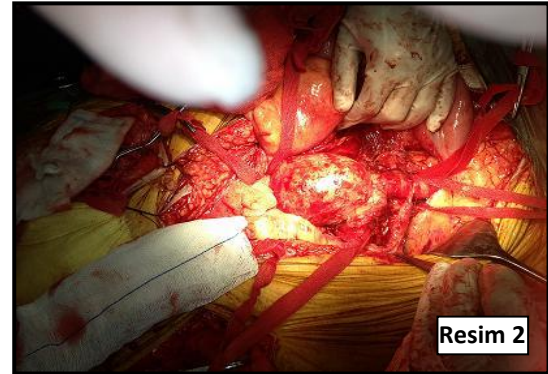
OLGU SUNUMU

Karın ağrısı, bulantı, kusma şikayeti ile acil polikliniğine müracaat eden 74 yaşındaki kadın hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde lökosit: 17500 mm³, AST: 438 U/L, ALT:447 U/L, GGT: 252 U/L, alkalin fosfataz: 121 U/L, total bilirübin: 1,28 mg/dl, direkt bilirübin: 0,38 mg/dl olarak saptandı. Yapılan karın ultrasonografisinde safra kesesi hidropik görünümde, duvar kalınlığı 7 mm ile artmış olup, perikolesistik mayi izlendi ve akalkülöz kolesistit olarak rapor edildi (Resim 1).

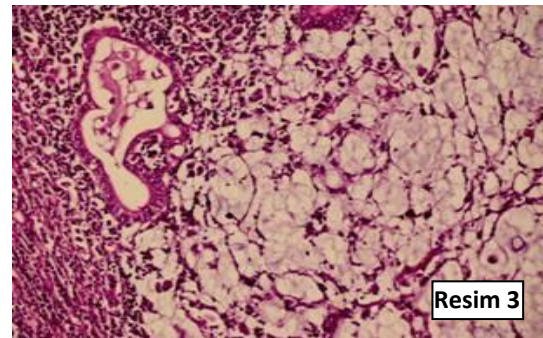


Resim 1

Hasta genel cerrahi servisine yatırıldı. Akut kolesistit tedavisine başlandı. Ancak hastanın takibinin 24. saatinde karın ağrısının artması ve beyaz küresinin 19300 olması üzerine ameliyat kararı alındı. Hastaya kolesistektomi uygulandı. Safra kesesinin duvarında yer yer nekroze alanlar mevcuttu. Ameliyat sırasında hepatodoudenal bölgede lenfadenomegali izlenmedi. Çevre organlar normal görünümdeydi. Yapılan makroskopik incelemede safra kesesi boynuna **Resim 2** r alanda 2,5 cm çapında, 1 cm derinliğinde ülserovejetan görünümde tümöral kitle izlendi. Histopatolojik incelemede normal safra kesesi epitelini tamamen ortadan kaldırmış ve safra kesesi duvarına infiltrat olmuş tümöral alanlar görüldü. Tümörün glandüler ve müsinöz alanlar oluşturduğu dikkati çekti. Tümörü oluşturan hücrelerin pleomorfik nükleuslu olduğu ve stoplazmalarında müsin bulunduğu görüldü. Tümör safra kesesi duvarına infiltrat olmuş ancak serozayı aşmamıştı (**Resim 2 ve 3**).



Resim 2



Resim 3

Bu bulgular ışığında olguya safra kesesi adeno karsinomu tanısı konuldu. Histopatolojik inceleme sonrası hasta T2 kabul edilerek hastaya safra kesesi yatak rezeksiyonu eklendi. Hastanın ameliyat sonrası 6. ayda ultrasonografik ve biyokimyasal takiplerinde

patolojik bulgu izlenmedi ve hastalısız bir şekilde takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

Safra kesesi karsinomları sindirim kanalı tümörleri içerisinde % 2-4 sıklıkla besinci sırada yer almaktadır. Kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır. Safra yolları cerrahisi uygulanan 65 yaşın üzerindeki olguların yaklaşık %10' unda safra kesesi ya da ekstrahepatik safra yolu kanseri görülmektedir (2). Preoperatif olarak hastaların %20' sinden azına safra kesesi karsinomu tanısı konabilmektedir (3). Taşlı kolesistit tanısıyla kolesistektomi yapılan olguların ise yaklaşık % 1' inde daha önce şüphelenilmemiş safra kesesi kanseri saptanmaktadır (4). Karsinom olgularının yaklaşık %80-90 'ı adenokarsinom iken, %5-10 olguda skuamöz diferansiasyon gözlenir. Safra kesesinin skuamöz karsinomları nadir olup, bu oran % 2' den daha azdır (5). Safra kesesi karsinomu tedavisinde, kür olanağı sunabilen tek tedavi seçeneği cerrahidir. Kanser safra kesesi duvarını aşmadığı küçük bir hasta grubu dışında, cerrahi tedavi sonuçları da ne yazık ki tatmin edici değildir. Sağ kalım oranları küratif rezeksiyon (R0) elde edilip edilemediğine bağlı olarak dramatik farklılıklar göstermektedir. Rezeksiyon uygulanıp uygulanmayacağına kararı genel olarak tümör invazyonunun derecesine (T) ve lenf nodu tutulumuna (N) göre verilmektedir.

Uzun süre yaşayanların çoğu kolelitiazis nedeniyle kolesistektomi geçirmiş ve malignitenin tesadüfen bulunduğu (safra kesesi karsinomu) olgularıdır.

T1 olgularda 5 yıllık sağkalım kolesistektomi ile % 82-100, T2 olgularda daha radikal ameliyatlara ile olguların % 40-90' nında 5 yıllık sağkalım sağlanabilmektedir. T3 ve T4 olgularda ise en agresif cerrahi yaklaşımlarla 5 yıllık sağkalım % 29'da kalmaktadır (6).

Safra kesesi kanserlerinin ciddi bir bölümünü taşlı kese nedeniyle veya akut kolesistit

nedeniyle kolesistektomi uygulanan hastalar oluşturmaktadır. Tüm kolesistitlerin % 1'den azının etiolojisinde safra kesesi tümörleri vardır. Bizim hastamızda da preoperatif değerlendirmelerde safra kesesinde taş mevcut değildi ve hasta karşımıza tedaviye cevap vermeyen akut kolesistit tablosu ile gelmişti. Postoperatif patolojik incelemede safra kesesi karsinomu rapor edildi. Düşük bir ihtimalde olsa akalkülöz kolesistitlerin nadir nedenlerinden birisinin de safra kesesi tümörü olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Brunicaardi FC, Andersen DK, Billiar TR, et al. Schwartz's Principles of Surgery. Eighth Edition. 2005:1187-1219.
2. Meyers WC, Jones RS. Disorders of the biliary system: V. Neoplasms. In: Meyers WC, Jones RS, Editors. Textbook of Liver and Biliary System. Philadelphia. J.B. Lippincott Company 1990: 319-50.
3. Albores-Saavedra J, Henson DE, Klimstra DS. Tumors of Gall Bladder, Extrahepatic Bile Ducts, And Ampulla of Vater. Atlas of Tumor Pathology 3rd Series, Fascicle 27. Washington D.C. Armed Forces institute of Pathology 1998; 51-60.
4. Hamilton SR, Aaltonen LA: World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumors of the Digestive System. IARC Press: Lyon, 2000; 203-19.
5. Filiz E, Akın ML, Erenoğlu C, et al. Safra kesesinin yassı epitel hücreli karsinomu. PTT Hastanesi Tıp Derg 1998; 20: 50-2.
6. Shrikhande SV, Barreto SG. Surgery for gallbladder cancer: The need to generate greater evidence. World Journal of Gastrointestinal Surgery 2009;30(1):26-29.