

Safra Kesesi Karsinomunu Taklit Eden Transvers Kolon ve Mideye İnfiltratör Ksantogranülomatöz Kolesistit

76

Mehmet Ali KIRŞAN¹
Mehmet RENÇBER²

GİRİŞ

Ksantogranülomatöz kolesistit (KGK) safra kesesinin kronik, fokal veya yaygın olabilen, safra kesesi duvarında ciddi proliferatif fibrozis ve makrofajlarda lipidlerin toplanması ile karakterize inflamatuvar hastalıktır. KGK, safra kesesi hastalıklarının %0.7-1.8'ini oluşturur. 60-70 yaşlarındaki kadın hastalarda daha sık görülmektedir (1). Portal bölge ve safra kesesi yatağına yayılım daha sık görülmektedir (2). Safra kesesi duvarındaki kalınlaşma, karaciğer ile sıkı yapışıklık, perikolesistik infiltrasyon ve enflamasyon, lenfadenopatinin varlığı ayrıntı tanıda safra kesesi karsinomunu akla getirmelidir. Ana tanı genellikle histopatolojik değerlendirme ile konulur.

Bu çalışmada, komşu dokulara infiltratör safra kesesi tümörü ön tanısı ile operasyona alınan, postoperatif histopatolojik incelemede ksantogranülomatöz kolesistit tanısı alan bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

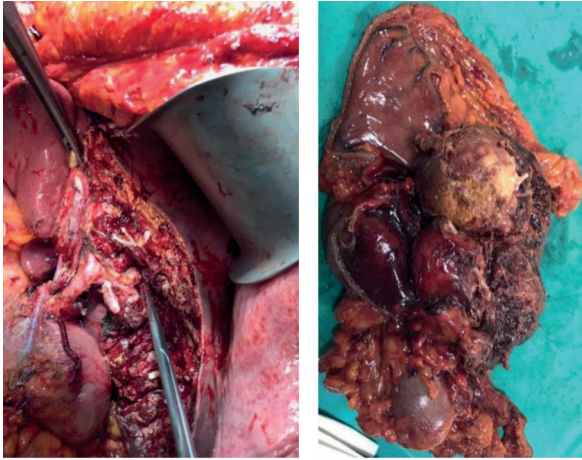
Daha önce hastalık öyküsü olmayan 52 yaşındaki kadın hasta, son bir haftadır giderek artan bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetleriyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde, yaklaşık 1.5 aydır öksürük ve balgam şikayeti mevcuttu. Tıbbi geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede sağ üst kadranda daha belirgin olmak üzere batın tüm kadranda hassasiyet dışında belirgin patoloji saptanmadı. Vital bulgular normal ve Glasgow koma skalası (GKS) 15'ti.

Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre:12.400/mm³ (3,7-10,1), CRP (C-reaktif protein): 22.49 mg/dl (0-0,5), INR(international normalized ratio): 1.25 (0,8-1,2), albümin: 3.07 gr/dl (3,5-5,2) idi. Ayrıca hastanın karaciğer fonksiyon testleri, kolestatik enzimleri normal ve tümör markerlarından CA 19-9: 695 U/ml (<37) yüksek bulundu. Dış merkezli ultrasonografide (USG) karaciğer apsesi düşünülen hastada, malignite ekarte edilemediğinden apse drenajı yapılmadı ve enfeksiyon hastalıkları görüşü alınarak Meropenem- trihidrat 1 gr (3x1) ve Metronidazol 500 mg (3x1) tedavisi başlandı. Hastadan kan, idrar ve endotrakeal aspirat (ETA) kültürü istendi. Kültürlerde üreme olmadı. Son 1.5 aydır mevcut olan öksürüğü için

¹ Uzman Doktor, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, mehmatalibilge@hotmail.com

² Araştırma Görevlisi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, mmtrncbr2101@gmail.com

tazı safranin kese duvarına ekstrasvazyonuna ve enflamasyonuna neden olduğu ve granülomatoz reaksiyonların Rokitsky-Aschof sinüslerini de içine alarak submukozal apse ve ksantogranüloma neden olduğu düşünülmektedir. Enflamasyonun fibrozis ve skarla iyileşmesi, kronikleşip serozaya ulaşması veya perforasyonu neticesinde, safra kesesi komşu organlara karaciğere, duodenuma, mideye ve kolona ileri derecede yapışıp, kitle imajı verebilir (4).



Şekil 3. Rezeksiyon sonrası kese yatağı görünümü ve spesimen



Şekil 4. Postoperatif 7. gün kontrol tomografi

Semptomlar kronik veya akut kolesistite benzerdir. Ancak komplikasyonlar akut veya kronik kolesistite nazaran KGK'de daha sık görülmektedir. En sık komplikasyonlar, safra kesesi perforasyonu, karaciğer absesi, safra fistülü ve striktür

olarak sıralanabilir (5). Bizim olgumuzda karaciğer absesi mevcuttu.

Safra kesesi hastalıklarında USG sık başvuru alan ve pratik bir görüntüleme yöntemidir. Fakat USG safra kesesinin benign ve malign hastalıklarının ayırımında yetersiz olup bu noktada BT, MRCP veya PET/BT ihtiyacı oluşabilir. Bu görüntüleme yöntemlerinden BT ile safra kesesinin duvar yapısı ve komşu organlarla olan ilişkisi, yağlı planlardaki silinmeleri daha net görülebilir. MRCP ile de safra yollarının değerlendirilmesi yapılabilir. Borderline vakalarda PET/BT faydalı olabilmektedir. KGK'nin kronik şiddetli inflamatuvar bir hadise olmasından dolayı malignite düzeyindeki FDG tutulumları, kese duvarı, komşu organlar ve lenf nodlarında yanlış pozitif sonuçlara neden olabilir. Kafadar ve ark. nın çalışmasında, bizim olgumuzda görüldüğü gibi karaciğer hilusunda öncelikle maligniteyi düşündüren lenf nodları tespit edilmiştir (6). PET/BT görüntülemesinde safra kesesinde, komşu organlarda ve lenf nodlarında yüksek FDG tutulum olması, olgumuzda safra kesesi karsinomunu düşündürdü. Bu yüzden PET/BT'nin KGK ayırıcı tanısında yeri olmadığını düşünüyoruz. CA 19-9 değeri olgumuzda yüksek olup, daha çok gastrointestinal malignitelerde yükselmesi beklenen bu marker nedeniyle olgumuzda preoperatif tanıda malignite şüphesi artmıştır. Fakat tümör markerlerinin safra yoluyla ilişkili enflamasyonlarda da yükseldiği bilinmektedir (7).

SONUÇ

Günümüzde bütün olanaklara rağmen KGK'nin preoperatif kesin tanısını koymak zordur. Preoperatif veya perioperatif patolojik tanının konulması, cerrahi olarak rezeksiyon sınırının belirlenmesine yardımcı olarak, morbiditenin artmasının önüne geçecektir.

KAYNAKLAR

1. Roberts KM, Parsons MA. Xanthogranulomatous Cholecystitis: Clinicopathological study of 13 cases. J Clin Pathol. 1987;40:412-417.
2. Maeda T, Shimada M, Matsumata T, Adachi E, Taketomi A, Tashiro Y, Tsuneyoshi M, Sueshi K, Sugimachi K. Xanthogranulomatous Cholecystitis masquerading as gallbladder carcinoma. AJG. 1994;89(4):628-630.

3. Khan MR, Begum S. Extended resection for xanthogranulomatous cholecystitis mimicking gallbladder carcinoma: Cases and review of diagnostic approach. *J Pak Med Assoc.* 2019;69(2):256-260.
4. Hale MD, Roberts KJ, Hodson J, Scott N, Sheridan M, Toogood GJ. Xanthogranulomatous cholecystitis: a European and global perspective. *HPB (Oxford)* 2014; 16: 448-58.
5. Dao AH, Wong SW, Adkins JR. Xanthogranulomatous cholecystitis. A clinical and pathologic study of twelve cases. *The American surgeon*, 1989;55(1), 32-35.
6. Kafadar M , Değirmencioğlu G , Yardım S . Maligniteyi Taklit Eden Ksantogranülatöz Kolesistit Olgusu. *Uludağ Tıp Derg.* 2015; 41(3): 135-137.
7. Strom BL, Iliopoulos D, Atkinson B, et al. Pathophysiology of tumor progression in human gallbladder: flow cytometry, CEA, and CA 19-9 levels in bile and serum in different stages of gallbladder disease. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 1575-80.