

Bölüm 23

PORSELEN SAFRA KESESİ

Mehmet Zeki ÖĞÜT¹

GİRİŞ

Porselen safra kesesi, safra kesesi duvarının kalsifikasyonu ile karakterizedir. Safra kesesinin duvarındaki kalsifikasyonun patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Safra kesesi duvarındaki kronik inflamasyonun kalsifikasyon oluşmasını tetiklediği en yaygın görüştür. Porselen safra kesesi, safra kesesi kanseri olasılığını artırmayacağı için cerrahi müdahale önerilmektedir. Porselen safra kesesi olan semptomatik hastalara kolesistektomi önerilmektedir, ancak asemptomatik hastaların yönetimi tartışmalıdır(1).

PORSELEN SAFRA KESESİ; EPİDEMİYOLOJİSİ, PATOFİZYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Porselen safra kesesi ilk olarak 1831'de Fransa'da tanımlanmıştır. Porselen safra kesesi nadirdir ve kolesistektomi örneklerinin yüzde 0,14 'ünde saptanır(2). Yaşamın altıncı dekadında ve kadınlarda daha sıktır(3).

Porselen safra kesesi kronik inflamasyonun bir şeklidir. Porselen safra kesesi duvarında; yoğun kalsifikasyondan kaynaklanan mavimsi renk değişikliği ile fragil safra kesesi bulgusu mevcuttur. Bu duruma kalsifiye safra kesesi, kalsifiye kolesistit de denebilmektedir. Kronik inflamasyonla birlikte ortaya çıkan kalsifikasyonlar malignitelerin nedeni olarak açıklayan görüşler mevcuttur(4).

Safra kesesinin duvarında inflamasyona bağlı olarak kalsiyum birikimi olur ve bunun sonucunda safra kesesi kanseri için risk faktörleri arasına girer. Ancak bu ilişkiyi reddeden yayınlar da mevcuttur(2,5).

Porselen safra kesesi, kalsifikasyon derecesine göre 2 gruba ayrılmıştır;

Tam(komplet) intramural kalsifikasyon: Safra kesesi duvarı tamamen yoğun fibroz veya kalsifikasyon ile değişir.

¹ Op. Dr., Şanlıurfa Ceylanpınar Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, e-posta: drzeki44@gmail.com.

Selektif(inkomplet) mukozal kalsifikasyon: Safra kesesi duvarının mukozasında kalsiyum lekelerinin daha az yaygın, segmental olduğu kalsifikasyonun daha hafif olmasıdır.

Kronik inflamasyon, sitokinlerin ve büyüme faktörlerinin salınımına neden olur ve mukozada proliferatif sürecin aktifleşmesini sağlar. Bununla birlikte mukozada hücrelerinde DNA hasarına neden olarak onkojenik transformasyonun başlamasına zemin hazırlar(6).

Safra kesesi kanseri, gastrointestinal sistemin en sık görülen beşinci kanseri olup, geç tanı alması nedeniyle çok kötü prognozludur. Kolelitiazis, porselen safra kesesi, safra kesesi polipleri, anormal pankreatobiliyer kanal bağlantısı, obezite risk faktörleri arasındadır(7). Porselen safra kesesi safra kesesi karsinomu ile ilişkisi nedeniyle büyük ilgi görmüştür. Eski çalışmalara baktığımızda malignite riskinin %4 ile %61 arasında olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur(8,9). Son yıllarda yapılan çalışmalarda bu yüksek oranlar sorgulanmış ve daha düşük bir ilişki olduğu tespit edilmiştir(10,11).

SEMPATOM, BULGU VE TANI

Porselen safra kesesi olan hastalar genellikle asemptomatiktir. Chen G. Ve arkadaşlarının(12) yapmış olduğu çalışmada %82 oranında hastaların asemptomatik olduğunu göstermiştir. Karın ağrısı, biliyer kolik, hazımsızlık ve yemek sonrası ağrı gibi hafif safra yolu hastalığı semptomları, epigastrik bölgeye yansıyan ağrı başlıca şikayetlerdendir. Genellikle tesadüfen düz karın radyografi, ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde tespit edilir. Porselen safra kesesi genellikle radyolüsent olan safra taşları ile ilişkilidir. Ultrasonografi safra kesesi bölgesinde ekojenik kalın bir gölgelenme gösterebilir ve bu da amfizematöz kolesistitten ayırt etmeyi zorlaştırır. Üç boyutlu (3-D) rekonstrüksiyonlu bilgisayarlı tomografi (BT) taraması bu durumu teşhis etmede oldukça etkili kabul edilir(2). BT'de safra kesesi lümeninin tamamını dolduran safra taşları, çamur ve duvarda yaptığı kalınlaşma gibi sık görülen yanıltıcı tuzaklar vardır. Manyetik rezonans safra kesesi ve komşu organları, hepatoduodenal ligament, portal ven ve lenf düğümleri dahil olmak üzere komşu yapıları, safra kesesi kanseri yayılımını değerlendirmede, özellikle ayırıcı tanıda yardımcı olur. Porselen safra kesesi tanısı esas olarak cerrahi ve patolojik sonuçlarla doğrulanan abdominal radyografi veya ultrasonografiye dayanır.

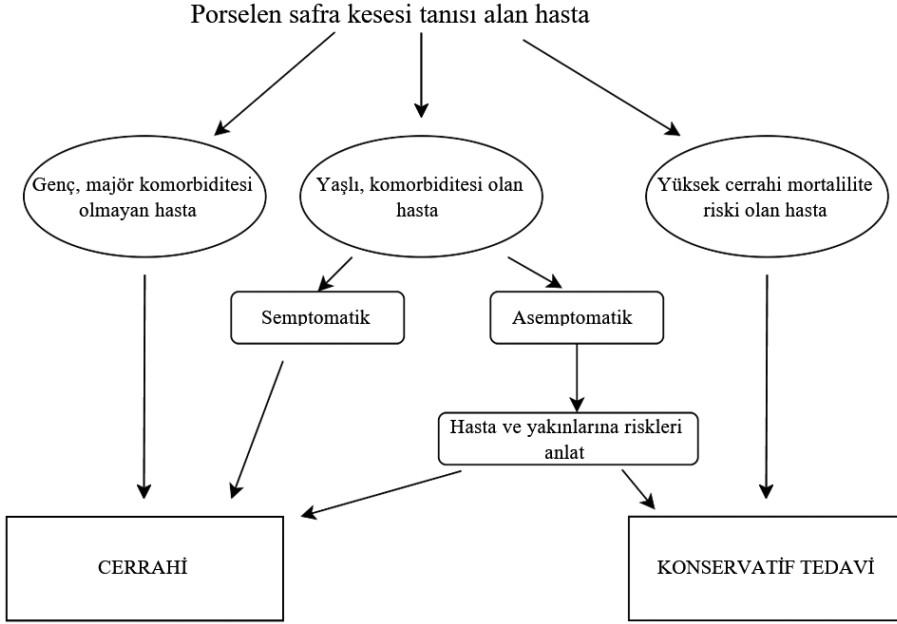
TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Cerrahi literatürde porselen safra kesesinde, kronik kolesistitin neden olduğu hücre değişiklikleri yoluyla safra kesesi kanseri olasılığını artırabileceği için çoğunlukla cerrahi müdahale önerilmektedir(3,11). Radyolojik olarak porselen safra kesesi tanısı olan hastalarda malignite gelişme riski nedeniyle profilaktik kolesistektomi önerilmektedir.

Porselen safra kesesi hastalarının yönetiminde bazı önemli faktörler vardır. Bunlar; safra kesesi hastalığının semptomları veya komplikasyonları, kalsifikasyon paterni, hastanın yaşı ve komorbiditeleridir(13).

Porselen safra kesesine cerrahi yaklaşım son yıllarda önemli ölçüde değişti. Eskiden porselen safra kesesi olan tüm hastalara kolesistektomi yapılırdı. Genç, semptomatik hasta grubunda tedavi tercihi daha kolaydır. Yaşlı ve hayatı tehdit edebilecek ek hastalığı olan kişilerde, sınırlı yaşam beklentisi olan asemptomatik hastalarda, cerrahinin neden olacağı yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeniyle cerrahi kararı vermek daha zordur. Perioperatif risk veya mortalite gelişme riski yüksek olan hastalarda profilaktik kolesistektomi önerilmemeli ve konservatif tedavi önerilmelidir. Önemli komorbiditeleri olan bu grupta şartsız koşulsuz cerrahi yapılması gerekiyor yaklaşımından uzaklaşmaktadır.

Daha önce porselen safra kesesi, kırılabilir duvarı nedeniyle laparoskopik ile çıkarılamaz kabul ediliyordu. Ancak günümüzde, komplike olmayan porselen safra kesesi olan hastalarda açık kolesistektomi yerine laparoskopik kolesistektomi tercih edilmektedir. Komplike hastalarda tümör bulaşı ve tümör hücrelerinin ekiminden kaçınmak için açık kolesistektomi tercih edilen tedavidir. Kolesistitin derecesi veya anatomik yapıların belirlenememesi gibi peroperatif zorlayıcı durumlarda açık ameliyata geçilmelidir. Radyografik kitle yokluğunda bile gizli malignite barındırma korkusu nedeniyle cerrahlar açık cerrahiye tercih edilmektedir. Ameliyat sırasında kolanjiyografi veya ameliyat öncesi ultrasonografi ile sistik kanal değerlendirilebilir. Radyologlar, durumun erken teşhis edilmesine yapacakları katkıyla hastalara daha fazla yardım edebilirler.



Şekil 1: Porselen safra kesesi hastalarında tedavi yaklaşımı

Porselen safra kesesiyle ilişkili olarak malignite gelişimi riski ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. DesJardins H. ve arkadaşlarının(4) 1950'den sonra tanı alan hastaları içeren derlemesinde 90 vakalık gözlem grubunun takibinde safra kesesi kanseri geliştiği gözlenmemiştir. Bu çalışmanın eksiklerinin de vurgulandığı değerlendirilmede porselen safra kesesinin safra kesesi kanseri ile ilişkisi %2 olarak saptanmıştır.

Towfigh S. ve ark.(2) yaptıkları retrospektif analizde safra kesesi spesmenlerinin %0,14'ü porselen safra kesesi olduğu saptamıştır. Bu porselen safra kesesi spesmenlerinde karsinoma saptanmamıştır. Safra kesesi karsinomu%0,82 sıklığında görülürken, karsinoma tanısı alanların safra duvarlarında kalsifikasyon saptanmamıştır. Yaygın görüntüleme teknikleri ile asemptomatik hastaların teşhisi, gelişen cerrahi tekniklerin etkisiyle malignite gelişmeden yapılan kolesistektominin kanser sıklığına etkisi olduğu söylenebilir.

Sheth S. ve arkadaşlarının(14) yapmış olduğu çalışmada safra kesesi duvarında selektif kalsifikasyonu olan hastalar, tam kalsifikasyonu olan hastalara göre daha fazla risk taşıdığı sonucuna varılmıştır. Porselen safra kesesinde görülebilen epitel hiperplazisi, epitel displazisi, intestinal ve gastrik metaplazinin maligniteye zemin hazırlamaktadır(15).

Shimizu M ve ark.(16) porselen safra kesesinde literatürü gözden geçirdiklerinde inkomplet tipte, komplet tipe göre kanser sıklığının çok daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Porselen safra kesesi, minimal semptomlarla ortaya çıkan, nadir görülen ancak potansiyel olarak premalign bir durumdur. Bu nedenle, safra kesesi adenokarsinomu ile ilişkili morbidite ve mortalite nedeniyle hekimler için zorlayıcı yönleri vardır.

Geriatrik hastaların değerlendirilmesi her zaman zor olmakla birlikte ameliyatsız bir yaklaşımın uzun süreli takip gerektirebileceğini de unutmamak gerekir. Bu hastalar herhangi bir tedavi almamasına rağmen yakın takip gerektirir.

Porselen safra kesesi öntanısı alan hastalara profilaktik kolesistektomi hakkında bilgi veren klinisyenlerin tedavi sürecini açıklarken riskleri uygun bir şekilde anlatması çok önemlidir. Patoloji sonucu safra kesesi karsinomu olan hastalar tekrar cerrahi ihtiyacı ve cerrahi sonrası tedavi seçenekleri açısından tekrar değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Porselen safra kesesi, safra kesesi kanseri riskinin artmasıyla ilişkilidir, ancak riskin büyüklüğü ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Güçlü bir korelasyon algısı devam ederken, araştırmacılar yakın tarihli çalışmalar karsinom- kalsifikasyon ilişkisini daha iyi anlamaya çalışmaktadır.

Porselen safra kesesi profilaktik cerrahisi yapma kararı her hastada farklılık gösterir. Cerrahi kararı hastanın yaşı, altta yatan hastalıkları, kalsifikasyonun paterni gibi faktörlere bağlıdır.

Maligniteyi şüphesi olan hastalarda semptom ve bulguların varlığında müdahaleye ihtiyaç duyulurken, yaşam beklentisi sınırlı ve önemli komorbiditeleri olan hastalarda profilaktik kolesistektomiden kaçınılmalıdır. Bu nedenle gözlem, özellikle altta yatan komorbiditeler nedeniyle perioperatif komplikasyonlar açısından yüksek risk altında olan hastalar için cazip bir seçenek olabilir.

Son kanıtlar, porselen safra kesesi hastalarında safra kesesi kanseri geliştirme riskinin daha önce inanıldığından çok daha düşük olduğunu göstermiştir. Porselen safra kesesi hastalarında herhangi bir tipik semptom varsa veya genç ve formdaysa optimal tedavi profilaktik kolesistektomi olmalıdır. Sonuç olarak yaşlı hastalarda veya bazı komorbid durumlar olduğunda, perioperatif komplikasyon riskini düşük malignite riskiyle karşılaştırmak gereklidir. Bu kişiler için gözlem yeterli olabilir ve ameliyatsız yaklaşımla yakın takibi gerekebilir.

KAYNAKLAR

1. Morimoto M. & et al.(2021). Management of Porcelain Gallbladder, Its Risk Factors, and Complications: A Review. *Diagnostics*. doi:10.3390/diagnostics11061073.
2. Towfigh S. & et al.(2001).Porcelain gallbladder is not associated with gallbladder carcinoma. *The American Surgeon*; Atlanta. Jan;67(1):7-10. PMID: 11206901.
3. Ansari S.(2014). Porcelain gallbladder. *Indian J Gastroenterology*;33(4):399.
4. Desjardins H. & et al.(2018). Porcelain Gallbladder: Is Observation a Safe Option in Select Populations? *Journal of the American College of Surgeons*. 2018;226(6):1064–9. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2017.11.026
5. Machado NO.(2016). Porcelain gallbladder: Decoding the malignant truth. *Sultan Qaboos Univ Med Journal*;16(4):e416–21.
6. Hundal R. & et al.(2014). Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clinical Epidemiology*. 6 :99–109. doi:10.2147/CLEP.S37357.
7. Gourgiotis S. & et al.(2008). Gallbladder cancer. *American Journal of Surgery*;196(2):252–64.
8. Rooholamini SA. & et al.(1994).Imaging of gallbladder carcinoma. *Radiographics*. 1994;14(2):291–306.
9. Stephen AE. & et al.(2001). Carcinoma in the porcelain gallbladder: A relationship revisited. *Surgery*. 2001;129(6):699–703.
10. Leikin JB. (2021) Gallbladder disorders: A comprehensive review. *Disease-a-Month*. 2021;67(7).
11. Appel E. & et al.(2021). Clinical Outcomes of Patients with Porcelain Gallbladder Diagnosed on CT. *Academic Radiology*;28:S22–8.
12. Chen GL. & et al.(2015). Porcelain gallbladder: No longer an indication for prophylactic cholecystectomy. *American Surgeon*. Oct 1;81(10):936–40.
13. Vanagas T. & et al.(2009). Apoptosis is activated in an early period after radiofrequency ablation of liver tissue. *Hepatogastroenterology*. 2009;56(93):1095–9.
14. Sheth S. & et al.(2000). Primary gallbladder cancer: Recognition of risk factors and the role of prophylactic cholecystectomy. *American Journal of Gastroenterology*. 2000;95(6):1402–10.
15. Fadare O. & et al.(2006). Eosinophilic dysplasia of the gallbladder: A hitherto undescribed variant identified in association with a “porcelain” gallbladder. *Diagnostic Pathology*. 2006;1(1):4–7.
16. Shimizu M. & et al.(1989). Porcelain gallbladder: relation between its type by ultrasound and incidence of cancer. *Journal of Clinical Gastroenterology*;11(4):471–6.