

Dev Safra Kesesi Tümörü: Olgu Sunumu[†]

GIANT GALLBLADDER TUMOR: CASE REPORT

Demet AYDOĞDU KİREŞİ*, Dilek EMLİK*, Kemal ÖDEV**

* Uz.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik AD,

* Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik AD, KONYA

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 tesbit edilir. Radyolojik yöntemler tanı koymada faydalı olmaktadır. Bu yazıda dev boyutlara ulaşmasına rağmen hastada non spesifik şikayetlere neden olan ve karaciğer invazyonu dışında diğer komşu organ metastazı olmayan dev safra kesesi tümörü olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Safra kesesi tümörü, İnvazyon

T Klin Gastroenterohepatoloji 2003, 14:103-106

Summary

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. Radiological imaging techniques have been useful in diagnosis. We reviewed that the gallbladder carcinoma with directly invade the only liver and caused the nonspecific symptoms although it was a large dimensions.

Key Words: Gallbladder carcinoma, İnvasion

T Klin J Gastroenterohepatol 2003, 14:103-106

Safra kesesi tümörü, gastrointestinal sistemin sık görülen neoplazmlarındandır. Genellikle klinikte olgular asemptomatiktir veya karın ağrısı, iştahsızlık, kusma, sarılık gibi kronik kolesistit ve/veya kolelitiazis semptomları ile gelirler (1). Genellikle komşu organlara direkt yayılım, lokal lenf nodu metastazı ya da yaygın metastatik hastalık şeklinde tesbit edilir. Radyolojik olarak safra kesesi karsinomunun en yaygın bulguları; safra kesesini dolduran ya da yerini alan yumuşak doku kitlesi, fokal ya da diffüz safra kesesi duvar kalınlaşması, kese içine protrüde olan intraluminal kitledir (1,2). Radyolojik yöntemler tanıda yeterli olmakla beraber invazyonun derecesini belirlemede her zaman yeterli olmamaktadır (3).

Olgu Sunumu

Anamnezinde daha önceden hiçbir şikayeti olmayan 80 yaşındaki kadın olgunun son 1.5 aydır karında şişlik şikayeti varmış. Son 3-4 günden beri de karın ağrısı ve kabızlık şikayetleri ortaya çıkmış. İştahı normal ve belirgin zayıflaması olmayan

olgunun fizik muayenesinde; genel durumu normal olup batın muayenesinde karında hassasiyet ve yaklaşık 20 cm çapında, düzensiz sınırlı, immobil sert kitle mevcuttu. Kan biyokimyasında; glikoz: 109mg/dl, total bilirubin:0.3mg/dl, direkt bilirubin: 0.2mg/dl, indirekt bilirubin: 0.1mg/dl, albumin:3.7g/dl, globulin:3.7g/dl, alkalen fosfat:205u/l, SGOT:19u/l, SGPT:13u/l olup normal sınırlardaydı. LDH:700u/l ve GGT:78u/l geğerleriyle normalden fazlaydı. PT:1.22inr, PTT:55.4sn idi. Hepatit markırları negatifti. Ultrasonografi (US) incelemede; safra kesesi lümenini genişletip dolduran, inferiorda pelvik bölgeye kadar uzanan, yer yer nekrozla uyumlu anekoik alanlar içeren, hipoekoik heterojen solit kitle lezyonu izlendi. Kese duvar bütünlüğü boyun kısmında korunmuştu. Bu seviyede lezyon etrafında muhtelif ebatlarda birkaç adet kalkül imajı mevcuttu (Şekil 1a,b). Bilgisayarlı tomografi (BT)'de; safra kesesi lümeninde, keseyi genişleten, içinde yer yer nekroz alanları olan heterojen kitle lezyonu görüldü. Kitle

Şekil 1a. Safra kesesi tümörünün seri alınmış ultrasonografik görüntüleri. **A.** Kесе içinde, duvara oturmuş, posteriorunda akustik gölge veren kalküllere ait imaj ve kese içerisini dolduran hipoekoik heterojen yumuşak doku kitlesi izlenmektedir. Ayrıca lümen genişliğinin artmış olduğu dikkati çekmektedir. Anteriorda kese duvarının bütünlüğü izlenirken, posteriorsa duvar net olarak seçilememektedir.

lezyonu görüldü. Kitle kese inferiorunda yaklaşık 20 cm boyuta ulaşmaktaydı. Kitlenin inferiora karaciğer ve batin ön duvarı ile ayırımı yapılamadığından invazyon düşünüldü (Şekil. 2-a,b,c). İntratrakeal genel anestezi altında hasta hazırlandıktan sonra göbük üstü transvers kesi ile cilt-cilt altı dokular geçilerek batına girildiğinde gözlemde üst batını tamamen dolduran, transvers kolonu aşağıya iten, kese ve karaciğer sağ lop 4, 5, 6'ncı segmentleriyle ilişkili yaklaşık 30x30 cm ebatlarında vasküler yapıdan zengin kitle görüldü.

Şekil 2a. Safra kesesi tümörünün seri alınmış BT görüntüleri. **A.** Kесе içinde hiperdens, heterojen solit kitle lezyonu görülmektedir.

Şekil 1b. Kесе lümenindeki kitlenin daha büyük boyutlara ulaştığı ve posteriorsa kese duvarının intakt olduğu izlenmektedir.

Lenfadenopati saptanmadı. Safra kesesi ile beraber kitle total çıkarıldı, karaciğer sağ loba nonanatomik parsiyel rezeksiyon yapıldı. Postoperatif takipte genel durumu iyi olan olgu taburcu edildi. Çıkarılan kitlenin histopatolojik inceleme sonucu safra kesesi kaynaklı adenokarsinom olduğu bulundu. Olgu postoperatif bir haftalık takip sonrasında taburcu edildi. Ancak yaklaşık 6 ay sonra hasta öldü ancak olgu hastanemize başvurmadığından ölüm sebebi belirlenemedi.

Şekil 2b. Kitlenin keseyi ekspanse ederek, anteriora kese duvar bütünlüğünü bozduğu izlenmektedir.

Şekil 2c. Kitlenin karaciğer düzeyi inferioruna uzanarak batın ön duvarındaki yağlı dokularla da ayrımının yapılamayışı, batın ön duvarı ve karaciğer invazyonunu düşündürmüştür. Ancak operasyonda sadece karaciğer invazyonu saptanmıştır.

Tartışma

Düşük prevalansa sahip olmasına rağmen safra kesesinin primer karsinomu, safra yollarının en yaygın malign neoplazmidir. 6. ve 7. dekatlarda pik yapar, kadınlarda 3-5 kat daha sık görülür (4). Vakaların %80-90'ının histolojisi adenokarsinomdur. Diğer tipler anaplastik ve yassı hücreli karsinomdur (1,4). Olgumuz 80 yaşında kadın hasta olup, lezyonun histopatoloji sonucu adenokarsinomdu.

Safra kesesi karsinomunu erken dönemde tesbit etmek oldukça güçtür. Çünkü hastalar sıklıkla asemptomatiktir veya sağ üst kadranda karın ağrısı, iştahsızlık, kusma, kilo kaybı, sarılık gibi kronik kolesistit ve/veya kolelitiazis semptomları ile gelirler (1,4,5). Olgumuzda karında sert şişlik, ağrı ve kabızlıktan başka semptom yoktu. Vakaların %73-98'inde birlikte safra taşları vardır ve %25'inde safra kesesi duvar kalsifikasyonu (porsele safra kesesi) görülür (2). Olgumuzda yapılan US ve BT tetkiklerinde kese lümeninde kalkül görüldü, ancak kese duvarında kalsifikasyon saptanmadı.

Radyolojik olarak safra kesesi karsinomunun en yaygın bulguları; safra kesesini dolduran ya da yerini alan yumuşak doku kitlesi (%40-65), fokal ya da diffüz safra kesesi duvar kalınlaşması (%20-30), kese içine protrüde olan intraluminal kitledir

(%15-25). Olguların büyük kısmında görülen safra kesesinin yerini alan büyük yumuşak doku kitlesi içinde hapsolmuş safra taşlarını ve kese duvar kalsifikasyonunu düşündüren kalsifikasyonlar olabilir (1,2,5). Olgumuza yapılan US ve BT tetkiklerinde safra kesesi lümenini genişletip dolduran, inferiorde pelvik alana kadar uzanan kitle lezyonu izlendi. Kese duvar bütünlüğü boyun kısmında korunmakta idi. Kese boyun kısmında lezyon etrafında muhtelif ebatlarda birkaç adet kalkül mevcuttu.

Safra kesesi karsinomlarının yayılımı duktus sistikus boyunca lenfatik sistemle veya komşu organlara direk invazyondur. En sık karaciğer tutulur (6). Bununla birlikte mide, duodenum, kolonun hepatik fleksurası da tutulabilir. Hematojen, intraperitoneal ve safra kanalları boyunca yayılım ilave metastaz yollarıdır (1). Bizim olgumuzda özellikle tomografik olarak kitlenin karaciğer ve batın ön duvarına invazyonu olduğu düşünüldü. Ancak cerrahi operasyon sırasında sadece komşu karaciğerde invazyonun olduğu, diğer komşu bölgelerde hiçbir invazyonun olmadığı tesbit edildi.

Safra kesesi kanserlerinde standart tedavi cerrahidir. Ancak vakaların sadece %10-30'unda küratif cerrahi tedavi mümkün olabilmektedir. Nitekim Sözüer ve arkadaşları olgularının %19.2'sinde küratif cerrahi, %80.8'inde palyatif cerrahi uyguladıklarını belirtmektedirler (4).

Safra kesesi tümörlerinde prognozu belirleyen en önemli faktör tümör evresidir. Tümör evresi tedavi yaklaşımında önemlidir. Eğer basit bir kolesistektomiden sonra subseroza veya musküler tabakada sınırlı tümör varsa ikinci operasyona gerek yoktur. Ancak kanser ameliyat sırasında saptanırsa veya karaciğerde keseye komşu metastaz varsa lenf nodüllerinide içeren, karaciğerden wedge rezeksiyon ile birlikte kolesistektomi yapılmalıdır (6). Bizim olgumuzda da tümöre komşu karaciğerde invazyon olduğundan wedge rezeksiyon ile birlikte kolesistektomi operasyonu uygulandı.

Safra kesesi tümörü teşhis edildiklerinde genellikle küratif rezeksiyon şansını kaybetmiş durumdadırlar. Bu yüzden risk grubu oluşturan 50 yaş üzerindeki bireylerde yakınmalar gelişmiş tanı

yöntemlerinden yararlanılarak ciddi olarak değerlendirilmeli ve zaman kaybetmeden tedavi düzenlenmelidir (4). Daha önceden kolesistektomi operasyonu olmayan, sağ üst kadrans kitlesi olan bir hastada, US ve/veya BT ile safra kesesinin görülmemesi safra kesesi neoplazmı şüphesini akla getirmektedir (7,8). BT, safra kesesi tümörlerinin özellikle gastrointestinal sistem, omentum, abdominal duvar tutulumunu göstermede yeterli olmayabilir (3,9). Ancak yüksek pozitif prediktivite değeri yüzünden özellikle ileri evre safra kesesi tümörlerinde rezektabiliteyi tesbit etmede ve tedavi planlamasında yardımcı olabilir (9).

Sonuç olarak safra kesesi tümörleri büyük boyutlara ulaşmasına rağmen spesifik klinik bulgu vermeyebilir. Radyolojik yöntemler tanı koymada faydalı olmaktadır. Ancak invazyon konusunda her zaman yeterli olmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Memel DS, Balfe DM, Semelka RC. The Biliary Tract. In: Lee JKT, eds. Computed Body Tomography with MRI Correlation. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 1998:779-844.
2. Weiner SN, Koenigsberg M, Morehouse H, Hoffman J. Sonography and computed tomography in the diagnosis of carcinoma of the gallbladder. AJR 1984 ; 142: 735-9.
3. Kumar A, Aggarwal S. Carcinoma of the gallbladder: CT findings in 50 cases. Abdominal Imaging 1994; 19: 304-8.
4. Sözüer EM, Akyürek N, Akpınar M, Yeşilkaya Y. Safra kesesi kanserleri. Turk J Gastroenterohepatol 1994; 5: 279-82.
5. Rooholamini SA, Tehrani NS, Razavi MK, Au AH, Hansen GC, Ostrzega N. Imaging of gallbladder carcinoma. Radiographics 1994;14: 291-306.
6. Gündoğdu H, Atalay F, Akoğlu M, Seven C, Ateş B, Akıncioğlu T, Onaran MŞ. Safra kesesi kanserleri ve cerrahi tedavisi. Gastroenteroloji 1991; 2(3): 304-8.
7. Dalla Palma LL, Rizzato G, Pozzi-Mucelli RS, Bazzocchini M. Grey-scale ultrasonography in the evaluation of carcinoma of the gallbladder. Br J Radiology 1980; 53: 662-7.
8. Allibone GW, Fagan CJ, Porter SC. Sonographic features of carcinoma of the gallbladder. Gastrointestinal Radiology 1981; 6: 169-73.
9. Ohtani T, Shirai Y, Tsukada K, Muto T, Hatakeyama K. Spread of gallbladder carcinoma: CT evaluation with pathologic correlation. Abdom Imaging 1996; 21: 195-201.

Geliş Tarihi: 31.12.2001

Yazışma Adresi: Dr. Demet AYDOĞDU KİREŞİ
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyodiagnostik AD, KONYA

¶22.Türk Radyoloji Kongresi'nde (26-31 Ekim 2001) poster olarak sunulmuştur.