

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI KOLEDOK TÜRÖRÜNÜ TAKLİT EDEN SİSTİK NÖROMA OLGUSU

A CASE OF CYSTIC NEUROMA MIMICKING CHOLEDOCHAL TUMOR AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Bilal TURAN¹, Nesime İnci ERYILMAZ¹, İsa KARACA¹, İsmail ZİHNİ¹, İsa SÖZEN¹, Girayhan ÇELİK¹, Mehmet Zafer SABUNCUOĞLU¹, Recep ÇETİN¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Cite this article as: Turan B, Eryılmaz Nİ, Karaca İ, Zihni İ, Sözen İ, Çelik G, Sabuncuoğlu MZ, Çetin R. A case of cystic neuroma mimicking choledochal tumor after laparoscopic cholecystectomy Med J SDU 2021; 28(2): 347-349.

Öz

Travmatik nöromlar, gerçek neoplazmlar olmayıp tümör benzeri sekonder hiperplazi olarak kabul edilen lezyonlardır. Bilier sistemde görülen travmatik nöromalar sistik duktus güdüğünde kolesistektominin geç komplikasyonu olarak gelişir ve hastalar genelde striktür yada obstrüksiyona bağlı sarılık nedeni ile kliniğe başvurur. Kolesistektomiden birkaç ay ile 40 yıl sonra ortaya çıkabilirler. Bilier traktın nörinomu daha önce çok nadir olarak bildirilmiş olsa da, tanı olarak vurgulanması faydalı görünmektedir. Bu lezyon, safra yollarının benign darlıklarının olağan dışı bir nedeni olup, tanıda zorluklara neden olabilir. Biz de 28 yaşında sarılıkla başvuran, tetkiklerinde bilier darlık saptanan ancak malignite ayırımı yapılamayan, operasyon sonrası koledok patolojisi nörinom olarak raporlanan olguyu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Bilier Darlık, Kolelitiazis, Kolesistektomi, Nöroma

Abstract

Traumatic neuromas are lesions considered as tumor-like secondary hyperplasia, not true neoplasms. Traumatic neuromas seen in the biliary system develop as a late complication of cholecystectomy in the cystic duct stump, and patients generally present to the clinic with jaundice due to stricture or obstruction. They may occur several months to 40 years after cholecystectomy. Although neurinoma of the biliary tract has been reported very rarely before, it seems useful to emphasize it as a diagnosis. This lesion is an unusual cause of benign strictures of the biliary tract and may cause difficulties in diagnosis. We aimed to present a 28-year-old jaundice case in the light of the literature. Biliary stenosis was detected in the examinations but could not be distinguished from malignancy. Post-operative choledochal pathology was reported as a neuroma.

Keywords: Biliary Stenosis, Cholelithiasis, Cholecystectomy, Neuroma

Giriş

Amputasyon nöromları olarak da bilinen travmatik nöromlar, gerçek neoplazmlar olmayıp tümör benzeri sekonder hiperplazi olarak kabul edilen lezyonlardır.

(1-2). Travmatik nöromlar, sinir hücresi olan schwann hücrelerinin liflerinin yaralanmasından sonra gelişebilir. (1). Bilier sistemde görülen travmatik nöromalar sistik duktus güdüğünde kolesistektominin geç komplikasyonu olarak gelişir ve hastalar genelde striktür

İletişim kurulacak yazar/Corresponding author: bturan117@gmail.com

Müracaat tarihi/Application Date: 13.08.2020 • Kabul tarihi/Accepted Date: 04.03.2021

ORCID IDs of the authors: B.T. 0000-0003-1665-3607; N.İ.E. 0000-0002-7731-0336;

İ.K. 0000-0003-1813-9687; İ.Z. 0000-0002-2133-2106; İ.S. 0000-0001-7724-9750;

G.Ç. 0000-0002-1198-1233; M.Z.S. 0000-0002-5549-4023; R.Ç. 0000-0002-3247-0117

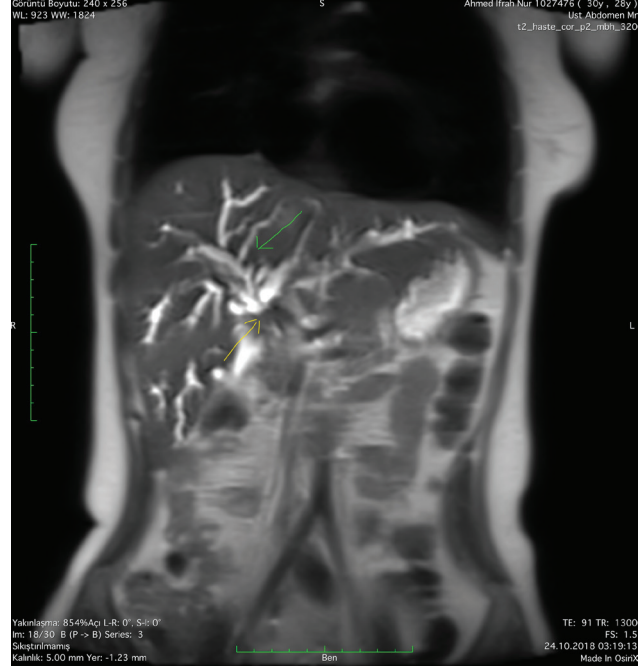
yada obstrüksiyona bağlı sarılık nedeni ile kliniğe başvurur. (2).

Bu sunumda 28 yaşında 2 ay önce kolesistektomi öyküsü olan, sarılık ve karın ağrısı ile başvurup, tetkiklerinde malignite ayırımı yapılamayan geriye dönük travmatik nörinom patolojik tanı alan olguyu nadir görülmesi, spesifik görüntüleme bulguları olmaması, malignite ayırımı ve tanı zorluğu açısından literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu

28 yaşında kadın hasta birkaç aydır aralıklı sağ üst kadranda karın ağrısı ve sarılık öyküsü ile başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. 2 ay önce dış merkezde kolelitiazis nedeniyle yapılmış kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde sarılık dışında bir özellik yoktu. Hemogram değerleri normaldi. Diğer ilgili laboratuvar değerleri toplam bilirubin 13.8 mg / dl, direkt bilirubin 7.1 mg / dl, alkalen fosfataz 219 U / l, CA 19-9 295 U / ml (normal aralık <34.9 U / ml) idi. Hasta başvurudan 1 hafta önce gastroenteroloji bölümüne başvurmuş ve orda yapılan tetkiklerinde bilirubin değerleri daha yüksekmiş. Hastanın dinamik batin+diffüzyon manyetik rezonans(MR) tetkikinde tüm safra yollarında belirgin ileri derecede ektazi bulguları mevcuttur. Bu ektaziler santral kesime kadar belirgin şekilde izlenmektedir. Ancak ektatik lümenler santral kesimde ani olarak sonlanmaktadır. Bu zeminde üst lobda genişleme bulgusu saptanmamıştır. Bu lokalizasyonda belirgin patolojik kontrast tutulum paterni saptanmamıştır. Ancak infrahepatik safra yollarında belirginleşme ve ani sonlanma sebebiyle bu lokalizasyonda safra yollarında ani sonlanmaya sebep olmuş kolanjiyelüler ca şüphesi uyandırmıştır (klastkin tümörü?) Bulgular atipiktir. Pankreatik kanalda genişleme bulgusu saptanmamıştır.(Resim 1).Biliyer tıkanmayı gidermek için gastroenteroloji tarafında ERCP yapılarak bir biliyer stent yerleştirilmiş. Malignite ayır-

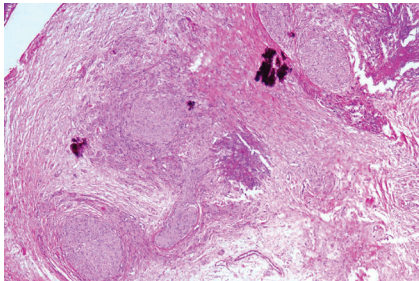
mı yapılamadığı için cerrahi tedavi için tarafımıza yönlendirilmiş. Ameliyata alınan hastada koledok çevresi serbestlendikten sonra koledokotomi yapıldı. Koledok içerisinde drenaj kateteri görüldü. kateter çekildikten



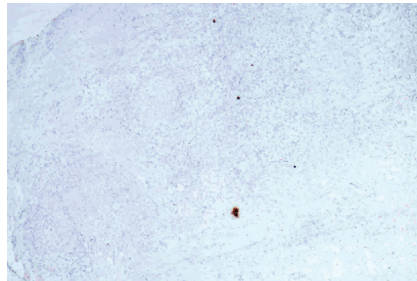
Resim 1

Tüm safra yollarında belirgin ileri derecede ektazi bulguları (Yeşil Ok), ektatik lümenlerin santral kesimde ani olarak sonlanması (Sarı Ok)

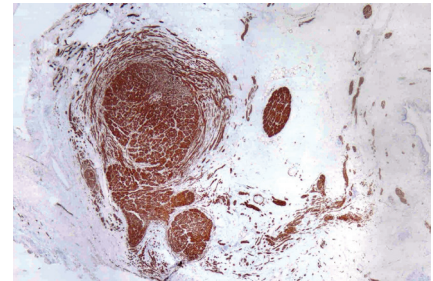
sonra lümenin çok dar olduğu gözlemlendi. Koledok eksizyonu yapıldı. Frozen gönderildi. Frozen sonucunda malignite lehine bulgu saptanmadığı öğrenildikten sonra roux en y hepatikojejunostomi yapıldı. Cerrahi numunenin patolojik incelemesinde safra kanalı nöroması saptandı.(Resim 2). Hasta postoperatif 6. günde şifahen taburcu edildi. Sonrasında da yapılan takipler sonucu herhangi bir komplikasyon gelişmedi.



a



b



c

Resim 2

a: Anormal sinir proliferasyon alanları H&E boyama (4x) b: panck boyama ile sinir liflerinde negatiflik (4x)
c: S 100 ile anormal periferik sinir liflerinde pozitiflik (4x)

Tartışma

Travmatik nöromlar, kopmuş veya yaralanmış sinirlerin ucunda bulunan Schwann kılıf hücrelerinden kaynaklanır. Kolesistektomi sonrası sistik kanal güdüklerinde travmatik bir nöroma meydana gelmesinin nedeni ana safra yollarının yoğun sinir liflerinden oluşan hassas bir ağ ile çevrili olmasıdır.(3). Nöromanın cerrahi travma sonrası sinir hücre büyümesinde hızlanma sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Bir diğer deyişle fibrokollajenöz stromadaki aksonların, Schwann hücrelerinin ve perinöral hücrelerin noneopeoplastik düzensiz proliferasyonudur ve Schwann hücrelerinin sardığı sinirleri etkiler. (4). Düzensiz büyüme modelini tanımlayan kesin bir mekanizma olmamasına rağmen, travmatik nöromlarda fibroblast büyüme faktörü ve bunun reseptör seviyeleri artmış olduğu görülmüş ve sebep olarak öne sürülmüştür.(5).

Biliyer ağacın nöroması ilk olarak 1928'de Husseinoff tarafından tanımlanmıştır. (6). Kolesistektomiden birkaç ay ile 40 yıl sonra ortaya çıkabilirler. (1,4,5,6). Preoperatif tanı zorluğu nedeniyle safra kanalı nöromasının gerçek prevalansı bilinmemesine rağmen kolesistektomi sonrası hastaların % 10'unda görüldüğünü gösteren otopsi çalışması mevcuttur. (5). Hastaların büyük çoğunluğu yaşam boyu asemptomatiktir. Semptomatik hastalar aralıklı sağ üst kadranda ağrısı ve sarılık ile ortaya çıkma eğilimindedir. Bu hastaların büyük çoğunluğuna cerrahi patoloji örneği incelendiğinde geriye dönük tanı konulur. (1,6).

Travmatik bir nöroma bağlı tıkaçıcı sarılığın ayırıcı tanısında, postinflamatuar fibrozis, koledok taşları, postoperatif skar darlığı, kolanjiokarsinom veya kistadenom bulunmalıdır. Bununla birlikte, hipervaskülerite içeren perikolangiyal bir kitle bulunduğunda, ayırıcı tanıda hipervasküler metastazları, karsinoid tümörde göz önünde bulundurulmalıdır.(1).

CA 19-9 seviyeleri sıklıkla kolanjiokarsinom gibi biliyer malignite ile birlikte yükselmesine rağmen, yükselmiş düzeyler bu tanı için spesifik değildir. CA 19-9 seviyelerinin karaciğer hastalıkları, kolanjit ve pankreatit gibi durumlarda da yükseldiği bildirilmiştir.(7). Yapılan çalışmalarda tıkanma sarılığında CA19-9 yüksekliğinin bilirubin seviyeleri ile de bir korelasyon olduğu görülmüştür. Tıkanmanın tedavi edilmesiyle birlikte, benign problemlerde hem bilirubin hem de CA 19-9 seviyeleri normale dönerken, aksine, maligniteli hastalarda genellikle CA 19-9 seviyeleri yüksek seviyede sebat etmiştir. Sonuç olarak çalışmalarda yalnızca CA 19-9 yükselmesinin büyüklüğüne dayanarak benign veya malign hastalıklar arasında ayırım yapılamadığı sonucuna varılmıştır. (8).

ERCP veya MRCP ile görüntüleme safra kanalının darlığının seviyesini ve derecesini gösterebilir. Ancak en modern görüntüleme tekniklerinin tümüne rağmen, travmatik nöromun preoperatif tanısı zordur ve kesin tanı cerrahi olarak konulur. (1). Bununla birlikte, sadece birkaç rapor travmatik bir nöromun BT ve MR görüntüleme bulgularını içermektedir.(1,4).

Tedavi olarak biliyer dekompresyona ihtiyaç duyulduğundan ve çoğu durumda doğru tanıyı elde etmek için cerrahi önerilmektedir. Literatürde en yaygın şekilde savunulan yaklaşım periportal lenfadenektomi ve Roux en-Y hepatojejunostomi ile ekstrahepatik safra kanalı rezeksiyonudur. (1,4,5,9). Teşhisin ameliyat öncesi neredeyse hiçbir zaman yapılmadığı ve kolanjiyokarsinomun ayırıcı tanıda göz önüne alındığında, basit bir eksizyon ve hepatojejunostomi yeterli olmayabilir. Bu durumda periportal lenfadenektomi ile birlikte agresif bir rezeksiyon savunulur.(6).

Sonuç

Bilier traktın nöroması daha önce çok nadir olarak bildirilmiş olsa da, tanı olarak vurgulanması faydalı görünmektedir. Bu lezyon, safra yollarının benign darlıklarının olağan dışı bir nedeni olup, tanıda zorluklara neden olabilir. Sonuç olarak daha önce kolesistektomi geçirmiş sarılık hastalarının ayırıcı tanısında travmatik bir nöroma olasılığı her zaman düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Ueno Y, Ikeda K, Maehara M, Sakaida N, Omura N, Kurokawa H, Sawada S. Traumatic neuroma of the bile duct. *Abdom Imaging*. 2008 Sep-Oct;33(5):560-2.
2. SİSTİK GÜDÜKTE İNSİDENTAL TRAVMATİK NÖROMA. Neşe Ekinci, Deniz Altundağ, Arzu Avcı, Fulya Çakalağaoğlu, Turan Acar. *Güncel Patoloji Dergisi* 2017, Cilt 1, Özel Sayı.
3. Schifroff BGP, Hilton JW (1950) Surgical anatomy of the choledochal nerves. *Arch Surg* 60:944-952.
4. Hotta T, Yahuhito K, Katsutoshi T, et al. A traumatic neuroma of the bile duct: a case report. *Hepatogastroenterology* 2004;51:39-42.
5. Pickens A, Vickers S, Brown K, et al. An unusual etiology of biliary hilar obstruction and the potential role of acidic fibroblast growth factor in the development of a biliary neuroma. *Am Surgeon* 1999;65:47-51.
6. Paquette IM, Suriawinata AA, Ornvold K, Gardner TB, Axelrod DA. Neuroma of the bile duct: a late complication after cholecystectomy. *J Gastrointest Surg*. 2009 Aug;13(8):1517-9.
7. Hyman J, Wilczynski S, Schwartz R. Extrahepatic bile duct stricture and elevated CA 19-9: malignant or benign? *South Med J* 2003;96(1):89-92.
8. Mann D, Edwards R, Ho S. Elevated tumor marker CA 19-9: clinical interpretation and influence of obstructive jaundice. *Eur J Surg Oncol* 2000;26:474-479.
9. Zeff R, Pfeffer R, Adams P, et al. Reoperation for amputation neuroma of the cystic duct. *Am J Surg* 1976;131:369-371.