

OLGU BİLDİRİMİ

Maligniteyi Taklit Eden Ksantogranülatöz Kolesistit Olgusu

Mehmet Tolga KAFADAR¹, Gürkan DEĞİRMENCİOĞLU¹, Serdar YARDIM²

¹ Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara.

² Bitlis Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Bitlis.

ÖZET

Ksantogranülatöz kolesistit safra kesesinde düzensiz duvar kalınlaşması ile karakterize kronik bir hastalıktır. Kese duvarında ciddi proliferatif fibrozis, perikolesistik infiltrasyon ve enflamasyon mevcuttur. Genellikle safra kesesi taşları ile birliktelik gösterir. En sık 60-70 yaşlarda ve çoğunlukla da kadınlarda görülür. Taşa bağlı tekrarlayan iltihabi atakların ve bilier stazın etyolojide rol oynadığı düşünülmektedir. Ksantogranülatöz kolesistit, yapısı ve makroskopik görüntüsü ile safra kesesi malignitelerini taklit edebilir. Ameliyat öncesi veya ameliyat sırasında doğru tanının konulması oldukça önemlidir. Bu durum, hastayı gereksiz bir majör cerrahiden ve bunun sonucunda oluşabilecek komplikasyonlardan koruyacaktır. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Bu yazıda, taşlı kolesistit ön tanısıyla ameliyata alınan, intraoperatif ayırıcı tanıda güçlük çekilen ve postoperatif histopatolojik inceleme ile kesin tanı alan bir olgu, literatür eşliğinde irdelendi.

Anahtar Kelimeler: Ksantogranülatöz kolesistit. Safra kesesi. Kolesistektomi.

A Case of Xanthogranulomatous Cholecystitis Mimicking Malignancy

ABSTRACT

Xanthogranulomatous cholecystitis is a chronic disease characterized with irregular wall thickening of the gallbladder. Severe proliferative fibrosis, pericholecystic infiltration and inflammation are seen on the gallbladder. This disease usually appears together with cholelithiasis, mostly at the age of 60-70 and mainly seen on female patients. Recurrent inflammatory attacks caused by stones and biliar stasis may take place in the etiology. Due to its presence and macroscopic look xanthogranulomatous cholecystitis can be mixed easily with gallbladder malignancies. Before or during surgery it is of high importance to make the right diagnosis so that the patient is saved from unnecessary major surgeries and their complications afterwards. Final diagnosis is established with histopathological results. This article reports along with literature about a case with the prediagnosis cholelithiasis, but difficulty in the differential diagnosis intraoperative, and after this the postoperative final diagnosis with histopathological examination.

Key Words: Xanthogranulomatous cholecystitis. Gallbladder. Cholecystectomy.

Ksantogranülatöz kolesistit (KK), safra kesesinin kronik enflamasyonunun nadir görülen bir formudur. Duvarda kalınlaşma ve fibrotik değişiklikler ile karakterizedir. İlk defa 1970 yılında tarif edilmiştir. Safra kesesi hastalıklarının % 0.7-13.2'sini oluşturur. Sıklıkla 60-70 yaşlarda ve daha çok kadınlarda görülür¹. Hastalar çoğunlukla safra kesesi taşlarının eşlik ettiği kolesistit atakları ile başvururlar. Radyolojik incelemelerde safra kesesi duvarında kalınlaşma, intramural nodül veya kitle imajı tespit edilebilmektedir. Bu

nedenle de genellikle safra kesesi maligniteleri ile karıştırılabilirler². Bütün kolesistektomiler içinde tespit edilen ksantogranülatöz kolesistit oranı % 1'dir. Kesin tanı postoperatif histopatolojik değerlendirme ile konur. Kesin tanı konulmayan hastalarda agresif cerrahiden kaçınmak gerekir³. Bu yazıda, taşlı kolesistit ön tanısıyla ameliyata alınan, intraoperatif görünüşü nedeniyle ayırıcı tanıda güçlük çekilen ve postoperatif histopatolojik inceleme ile kesin tanı alan bir olgu, literatür eşliğinde irdelendi.

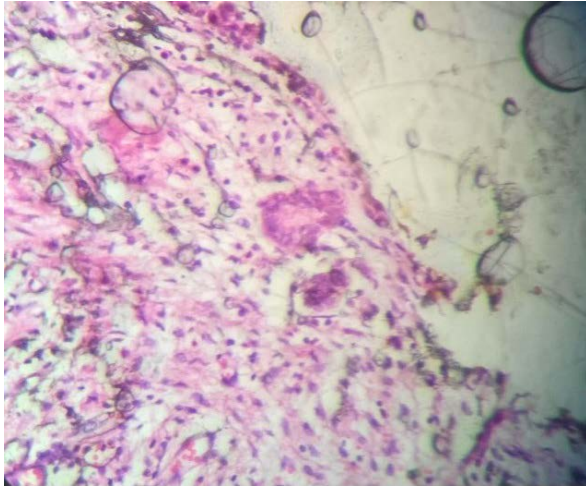
Geliş Tarihi: 27.07.2015
Kabul Tarihi: 25.11.2015

Dr. Mehmet Tolga KAFADAR
Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Ankara.
Tel: 0312 203 55 55
Eposta: drtolgakafadar@hotmail.com

Olgu Sunumu

56 yaşında kadın hasta, karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenede özellikle sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet mevcuttu. Hastanın hikayesinde yaklaşık 1 ay önce, yine aynı şikayetlerle acil

servise geldiği ve akut kolesistit düşünülerek tedavi verildiği öğrenildi. Laboratuvar tetkiklerinde, hemogram ve biyokimyasal değerleri normal idi. Batın ultrasonografisinde, karaciğer boyutu 17 mm, kc.'de grade-2 hepatosteatoz, safra kesesi duvarında kalınlaşma ve kese içinde en büyüğü 2 cm olan multipl taşlar saptandı. Kontrastlı batın tomografisinde safra kesesi ve karaciğer arasındaki sınırın kaybolduğu gözlemlendi. Mevcut bulgularla hastada kronik zeminde devam eden taşlı kolesistit düşünülerek operasyona alındı. Hastaya laparoskopik kolesistektomi planlandı. Explorasyonda safra kesesinin çevre dokulara oldukça yapışık, enflame, sert olduğu ve kese duvarının kalınlaştığı görüldü. Karaciğer ile safra kesesi arasındaki diseksiyon sınırını ortaya koymakta zorlanıldı. İntraoperatif safra kesesinin sert görünümü nedeniyle maligniteden şüphelenildi, frozen section çalışılmak istendi, ancak devlet hastanesinin teknik yetersizlikleri nedeniyle çalışılmadı ve laparoskopik kolesistektomi ile ameliyat sonlandırıldı. Kesin patolojik tanı olmadığı için hastaya majör bir cerrahi girişim uygulanmadı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmeyen hasta, 2. günde şifa ile taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu ksantogranüloamatöz kolesistit olarak rapor edildi (Şekil 1).



Şekil 1.

Safra kesesi duvarında köpüksü histiyosit ve dev hücre (HEX40)

Tartışma

Ksantogranüloamatöz kolesistit (KK), safra kesesinin kronik enflamasyonunun nadir görülen bir formudur. Kese duvarında kalınlaşma ve fibrotik değişiklikler ile karakterizedir. Kesin etyoloji bilinmemekle birlikte, tekrarlayan iltihabi atakların ve bilier stazın sebep olduğu düşünülmektedir. KK'nin semptomları kolesistit ile benzerlik göstermektedir. Hastalarda karın ağrısı, bulantı, iştahsızlık, sağ üst kadranda ele gelen dolgunluk ve lökositoz olabilir. Akut kolesistitin olayı başlatığı ve safra içindeki lipidlerin akut enflamasyona

bağlı ülserasyona penetre olduğu bildirilmektedir. Histopatolojik incelemede histiyositler ve lenfoplazmositer hücreler görülür, enflamasyon ilerledikçe bu hücrelerin bazıları değişikliğe uğramaktadır. Bu tip ksantomatöz değişiklikler kemik, akciğer, apendiks, lenf bezi, böbrek ve overde de görülebilmektedir⁴.

KK'nın ayırıcı tanısında, radyolojik incelemede kalınlaşmış safra kesesi duvarında kese duvar kalınlığının % 60'ından fazlasını tutan hipodens nodül varlığının KK için anlamlı olduğu belirtilmiştir. Fakat diğer akut bilier patolojilerde veya kolestazlarda da benzer görünüm oluşabileceğinden ayırıcı tanıda bu klinik tablolar da düşünülmelidir. Safra kesesi malignitelerinden ayırıcı tanının yapılmasında, eşlik eden hepatik lezyonların ve lenf bezlerinin adeti ve morfolojik yapısı bize yardımcı olabilir. Lenf bezleri sayısı fazla ve karaciğerde heterojen kitleler varsa malignite daha çok akla gelmelidir⁵. Bizim olgumuzda hepatodoudenal ligaman etrafında birkaç adet makroskopik olarak büyümüş lenf bezi görüldü ancak karaciğerde sınırları belirgin net bir kitle görülmedi, hepatomegali ve Grade-2 hepatosteatoz tespit edildi.

Ghosh ve ark. yaptıkları çalışmada, ksantogranüloamatöz kolesistitin premalign bir lezyon olmadığını bildirmişlerdir⁶. Safra kesesi karsinomundan şüphelenilen ancak ameliyat öncesi histolojik tanısı bulunmayan olgularda KK akla gelmeli ve definitif girişim öncesi yapılabiliyorsa mutlaka histolojik değerlendirme yapılmalıdır. Bu yaklaşım, patolojisi benign olan riskli hastaların minör cerrahi girişimlerle tedavi olmalarını sağlayabilir. Başka birçok çalışmada KK nedeniyle uygulanan cerrahi girişimlerde safra kesesinin bütün olarak çıkarılmadığı bildirilmektedir. Bu nedenle mevcut hastalığı çözecek maksimum etkili cerrahi girişimler önerilmektedir. Uygulanacak cerrahi tedavi konvansiyonel kolesistektomi olabileceği gibi, laparoskopik kolesistektomi de hastalarda denenebilir⁷. Bizim olgumuzda, safra kesesi çevre dokulara oldukça yapışık olmasına rağmen laparoskopik kolesistektomi sorunsuz uygulanabildi. Durgun ve ark.ları, intraoperatif safra kesesinin enflame, sert olduğu ve malignitenin ekarte edildiği olgularda kolesistektomi uygun değilse, hastanın genel klinik durumu da göz önüne alınarak tüp kolesistostomi ile ameliyatın sonlandırılabilceğini bildirmişlerdir⁸.

Günümüzde KK'nin kesin tanısı preoperatif dönemde genellikle konulamamaktadır. Ameliyat sırasında yapılabilecek patolojik değerlendirme hastalığın tedavisinin planlanması açısından yardımcı olabilir ve agresif cerrahi tedaviden bizi uzaklaştırabilir, ancak kesin tanı postoperatif histopatolojik inceleme ile konmaktadır. Literatürde ameliyat sırasında yapılan frozen incelemede yanlış pozitif sonuç nedeniyle malign düşünülerek majör cerrahi uygulanan olgular bulunmaktadır⁹. Bizim olgumuzda frozen inceleme teknik yetersizliklerden dolayı yapılmadı.

Maligniteyi Taklit Eden Ksantogranümatöz Kolesistit

Literatürde KK'de komplikasyon görülme oranının kronik kolesistitten daha fazla olduğu belirtilmiştir. Safra fistülü, kese perforasyonu, karaciğer absesi, çevre doku ve organlara infiltrasyon görülebilmektedir¹⁰. Bizim olgumuzda herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak, ksantogranümatöz kolesistit safra kesesinin nadir görülen bir hastalığıdır. Preoperatif tanısı oldukça güçtür. Kolesistit ön tanısıyla ameliyata alınan hastalarda, ayırıcı tanıda intraoperatif zorluklar yaşanabilir ve safra kesesi malignitesi ile karışabilir. Kesin tanı olmadan majör cerrahi girişimlerden kaçınılmalıdır. Postoperatif histopatolojik inceleme ile kesin tanı konur. Premalign olmayan KK'de, kolesistektomi genel olarak küratif bir girişimdir.

Kaynaklar

1. Parra JA, Acinas O, Bueno J, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinical, sonographic, and CT findings in 26 patients. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:979-83.
2. Güleç B, Yiğit T, Yiğitler C, ve ark. Ksantogranümatöz kolesistit. *Güllhane Tıp Dergisi* 2003;45:209-12.
3. Uchiyama K, Ozawa S, Ueno M, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: the use of preoperative CT findings to differentiate it from gallbladder carcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2009;16:333-38.
4. Johnson AG, Stephenson TJ. Xanthogranulomatous cholecystitis. *J Am Coll Surg* 1995;181:109-11.
5. Chun KA, Ha HK, Yu ES, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: CT features with emphasis on differentiation from gallbladder carcinoma. *Radiology* 1997;203:93-7.
6. Ghosh M, Sakhuja P, Agarwal AK. Xanthogranulomatous cholecystitis: a premalignant condition? *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2011;10:179-84.
7. Guzmán-Valdivia G. Xanthogranulomatous cholecystitis: 15 years' experience. *World J Surg* 2004;28:254-57.
8. Durgun AV, Aytaç E, Perek A. Kolesistostomi ile Tedavi Edilen Ksantogranümatöz Kolesistit. *Fırat Tıp Dergisi* 2012;17:170-72.
9. Dao AH, Won SW, Adkins RB. Xanthogranulomatous cholecystitis: Aclinical and pathologic study of 12 cases. *Am Surg* 1989;55:32-5.
10. Parra JA, Acinas O, Bueno J, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinical, sonographic, and CT findings in 26 patients. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:979-83.

