

SAFRA KESESİ KANSERİNDE ETİOLOJİDE TAŞLA İLİŞKİLER (*)

Dr. Yalçın AKER (**)

Dr. Ferruh UZER (***)

Bu yazıda safra kesesi kanserinin taşla olan ilişkisi incelenmiş ve etiolojide taşla bağılılığı savunulmuştur. Vakalarımız kliniğimizin 11 yıllık vakalarını kapsamaktadır. Bunlardan edinilen sonuçlar Litaratürle kıyaslanarak bir sonuca varılmıştır.

Safra kesesi karaciğerin bir salgısı olan safraya rezervar görevi yapan bir organdır. Hacmi 35 - 40 Cm³ tür. Hydrops vesicular vakalarında 250 cm³ kadar çıkmaktadır. Yemeklerin sindirimine başlanıldığında normalde kapalı olan Oddi sfinkterinin gevşemesi ile safra kesesi aktif kontraksiyona başlar ve safrayı duodenuma boşaltır. Ayrıca safra kesede beklediği süre içinde suyu emilip daha visköz bir hale gelmiştir.

Günlük salgı miktarı 800 - 1000 Ml. kadar olan safranın karaciğer kanallarındaki basıncı 15 - 25 Cm H₂O dur. Bu basınç koledok kanalında 35 Cm H₂O kadardır. Oddi sfinkterinde ise basınç 10 - 25 Cm H₂O civarındadır. Bu safra basıncı ise kasılma sırasında safra kesesinde 23 mm Hg olarak tesbit edilmiştir (24).

Bu gün için safra kesesi boşalmasının mekanizması tam bilmemekle beraber, kesenin aktif kasılması, kesenin koledoktan daha yüksekte oluşu, Oddi sfinktrinin yaptığı emme hareketleri ve duodenun içi basıncının kesede boşalmayı sağlayıcı faktörler olduğu bilinmekte ve aralarında bir koordinasyon olduğu gereğine inanılmakta (24).

* Temmuz 1973 İhtisas Tez Özeti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi I. Şirürji Kürsüsü Başasistanı.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi I. Şirürji Kürsüsü Profesörü.

Safra kesesi boşalmasında önemli bir faktör vardırki buda hormanal faktördür. Bu hormon kolesistokinindir. Duodenun civarına yağlı gıdaların değmesi sonu salgılanan bu faktör kan yoluyla safra kesesine etki etmekte ve kese kontraksiyonlarını başlatmaktadır.

Safra kesesinin 4 görevi bulunmaktadır.

- 1 — Rezervar fonksiyonu
- 2 — Absorbsiyon - Konsantrasyon fonksiyonu
- 3 — Bilyer basınç ayarlama fonksiyonu
- 4 — Alkalen ve mukoid salgı fonksiyonu

Kısaca yukarıda safra kesesinin fizyolojisinden söz etmiş bulunuyoruz. Temel bilgi olarak anatomik özelliklere değinmeden özel bölüm adı altında topluyacağımız bilgileri vereceğiz. Bu bölümde şu dallarda toplanacaktır.

A — ORGAN KANSERİ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Safra kesesi kanseri bazı yazarlara göre sık bazı yazarlara görede seyrek olan bir organ kanseri dir. İlk defa 1771'de maximilln de stoll tarafından anlatılmıştır (10, 22). Shelly - ross bütün sindirim organlarının kanserleri içinde 5. Sırayı aldığını söylemektedir (2). Halbuki Sehkelford kitabında mide - Kolon - Rektum - özeofagus - karaciğerden sonra 6. sırada geldiğini bildirmektedir (25). Aynı görüşe Petridge - Boyecede katılmaktadır (2).

Safra kesesi kanseri farkına varıldığı takdirde hiçte seyrek olmayan bir hastalıktır. Lam (25) A. B. D. de her yıl 6500 ölümün bu hastalık nedeniyle olduğunu söylemektedir. Strauch (28, 32) ise 6000, yıllık ölüm bildirmiştir. Bütün vucut kanserleri içinde % 1 - 3 oranında safra kesesi kanserine raslanmaktadır. Hatta bazı yazarlar bu sıklığın % 6 ya kadar ulaştığını söylemektedir (25).

Yapılan otopsilerde % 05 - 1 oranında safrakesesi kanserine rastlanmaktadır (7, 8, 10, 22, 25). Willis, Cooper, Kirabaum, Kezall (2) gibi araştırmacıların otopsi vakalarında kanser bulguları % 0, 41 - 061 arası değişmektedir.

A. Ü. T. F. Patolojik Anatomi enstitüsü 1955 - 1964 yılları arası istatistiklerinde bu bulgu % 0.27 olarak bildirilmiştir.

Literatürde kanserli vakalar içinde bu organ kanserine ait en yüksek oran Steinhaus'a aittir (2). Bu oran % 8,10 dur.

Safra yolları hastalıkları bulunan hastalarda kanser oranına bakarsak buna ait çeşitli istatistiklere rastlıyoruz. Örneğin Marshall, O'donnell % 1,03 safra yolları hastasında kese kanseri bulmuştur. Judd ve Gray ise bu oranı % 088 olarak bildirmektedirler. Yine Gray ve Sharp'ın bir çalışmasında ise bu oran % 070 olarak gösterilmektedir (2). Thorlakson ise bu oranı % 1,6 olarak bildirmektedir (6).

Armsky (5, 16, 29, 32) yaptığı bir çalışmada safra yolları hastalığı olan vakaların % 1,12 sinde safra kesesi kanseri bulunmuştur.

Tanga (29) nın 43 vakalık bir raporunda Ottawa General Hospital da 1935 - 1967 yılları arasında hastaneye başvuran bütün vakalarda safra kesesi kanseri oranı % 0,014 olup, safra yolları ameliyatı geçiren vakalarda kanser oranı ise % 081 olarak bildirilmektedir. Vadheim (32) kanserin bilyer sistem içinde en sık safra kesesinde meydana geldiğini söylemektedir.

Sonuç olarak safra kesesi kanseri bütün oran kanserlerinin % 1 - 3 ünü kapsamaktadır. Sindirim organları kanserleri arasında 6. sırayı almaktadır. Safra yolları hastalıkları nedeniyle ameliyat görmüş vakalarda % 070 - 2,9 arasında oranda bu kansere rastlanmaktadır. Hastaların çoğunu kadınlar kapsamaktadır. Bu durum safra yolları hastalıklarının kadınlarda daha sık görülmesine bağlanmaktadır. Kadın/Erkek oranı 2/1 - 4/1 arası değişmektedir (2, 3, 7, 10, 16, 22, 25, 32).

Hastalık genellikle bir yaşlı hastalığıdır. Ençok görülme yaşı 55 - 60 yaşlar arasındır (3, 7). Gradisar (16) nın bir çalışmasında ortalama yaş 70 olarak bildirilmektedir. Literatürde en genç vaka 13 yaşında bir kız çocuğuna aittir ve bu vaka Biering (16) tarafından bildirilmektedir. Warren (32) nin bir serisinde ise ortalama yaş 61 olarak bildirilmektedir. Andrews (3) in 45 vakalık bir çalışmasında ortalama yaş 65,2 olarak sunulmaktadır.

Etioloji :

Bugün için bu organ kanserinin etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. İlk vakanın yayınlanmasından bu yana etiolojiyi izah için birçok iddia ve çalışmalar ortaya atılmıştır. Kesede bir iritasyonun kanseri yaptığı fikri ve bu iritasyonun da taşla bağlantılı olduğu asıl savunmamız olup ileride bahsedilecektir.

Patoloji :

Safra kesesi kanserlerinin % 85 - 90 ını Adenokarsinoma kapsamaktadır (7, 10, 25). Bundan sonra Squamöz hücreli karsinoma ve Anaplastik karsinoma gelmektedir. Çeşitli istatistiklere göre Squamöz hücreli karsinoma sıklığı % 4 - 13 Anaplastik hücreli karsinoma sıklığı ise % 5 - 12 arası bildirilmektedir. Makroskopik olarak Papiller - İnfiltratif veya Müköz kolloidal bir gelişim karşımıza çıkmaktadır. İkinci gelişim tipi en sık görülmektedir.

Bumin (8) in bir yanında % 80 oranda kanserin kesede Fundus ve Collum dan başladığından bahsedilmektedir.

Gelişen kanser gerek komşuluk gerek lenfatik zenginlik nedeniyle çabuk ve geniş metastazlar yapmaktadır. Yayılım en çok lenfatik yolla olmaktadır. Pankreas, Mide çevresi, D. Cysticus etrafı lenfatikler yakın metastaz bölgeleridir. Bundan sonra böbrek üstü bezi, akciğer, kemik, dalak, metastazları gelmektedir (12, 16, 29).

Andrews'e göre kese kanseri 5 yolla yayılmaktadır :

- 1 — Lenfatik yayılım
- 2 — Vasküller yayılım
- 3 — İntraperitoneal yayılım
- 4 — İntraduktal yayılım
- 5 — Direkt yayılım

Klinik Belirtiler :

Bu hastalığın patognomonik belirti ve kendine özgü bir şikayeti bulunmamaktadır. Kanser bir kolesistit ile birlikte bulunması nedeniyle onun belirtilerini göstermektedir (11, 17, 29).

Geç vakalarda komplikasyona ait belirtiler ve yayılıma ait bulgular görülmektedir. Bu nospesifik belirtiler şunlardır.

- 1 — Karın ağrısı % 51 - 70 vakada (7, 16, 25)
- 2 — Sarılık - Kara metstazında (16, 29, 33)
- 3 — Karında kitle
- 4 — Kilo kaybı
- 5 — Bulantı kusma
- 6 — Anoreksi
- 7 — Ateş
- 8 — Ascite
- 9 — Yağlı gıdaya karşı tiksinti
- 10 — Hematemez - melena
- 11 — İlerleyici Anemi

Tanı :

Hastanın hikâyesinde bir safra hastalığının oluşu tanıda bir tutanak noktasıdır. Erken devrede tanı güçtür fakat gecikmiş çevreyi tutmuş vakalarda tanı daha kolay olmaktadır. Labratuvar safra kesesi kanserleri tanısında yardımcı olmaktan uzaktır. En geçerli labratuvar bulguları tıkanma sarılığı, anemi, gaitada gizli kan lokositoz, nötrofil lokositlerde artım karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluktur. Ameliyat önu kesin tanı konulan vakalar litaratörde oldukça azdır.

Litwin (20, 29) in vakalarında bu oran % 19 Tanga (29) da ise % 7 olarak bildirilmiştir.

Rodyolojik tetkik tanıda labratuvarda daha yararlı olmakta, hiç olmazsa cerrahi girişim endikasyonunu koydurup peroperatuar tanıya basamak teşkil etmektedir. İlerlemiş sarılığı olmayan vakalarda radyolojik tetkik doğruluk taşımakta ve yapılmaktadır. İleri sarılığı olanlarda Cooper (1,25) perkotanüz transhepatik kolanjiyo grafi yi tavsiye etmektedir. Mide - duodenum radyolojik tetkiki hipotonik duodenografi de yararlı tanı araştırılır. Karaciğer sintigrafisi bu gün için rutin tetkikler arasına girmiş hepatolilyer sistem tanı araçlarından biri olmuştur. Lesch (19) kanser diagnostiği hakkında yazdığı bir yazıda ve vakalarına takdiminde sonuç olarak tanı güçlüğü ve yanlış tanının hayli fazla olduğunu söylemekte, 60 yaşını geçen özel-

likle kadın hastalarda safra kesesi hastalıklarında öncelikle kan-
seri düşünülmeli demekte ve laporoskopi ile laparatomiyi en ge-
çerli tanı aracı olarak savunmaktadır.

Warren in (32) 105 vakalık çalışmasında 30 vakada laporotomi tanısız özellik taşımakta idi. Ancak 7 vakaya ameliyat önu doğru tankonmuştu ayrıca tanı yönünden bazı hastalık grupları yönünden dikkati çekmektedir. Bunlar :

Koledoktaşı

Ampuller bölge Kanseri

Akut viral hepatitis

Kolestatik ilaç sarılığı

Karacığer T. B. C.

Karaciğer Milier abseleri

Karaciğer alveol kistleri

Burada önemli olan 4 hastalık grubunun ayrıca tanıları için bir tablo vermek yararlı olacaktır (1).

TABLO 1 :

	KEMERDIPON Kempas, K. A. Muti	AMUJILAH M. Ca	ARUT WUAL HIE ATT Kontak ch Kalyen	ROSLATIF H.A.C. SARIFUL Hie Nizam
Aeri		Yayang	Gelel	
Samak mala ber. ber	Yayang		Hari	Hish
Sarik lipi	Gelel, raya sawar	Harleyet	Hish, bekima gorler	Dagel
Kio kaye kaidat	Harif, muteli	Devami	Yayang	Yayang
	Simpan	40 yag hati	Gelelele	Sukula psoko- k kadahard
Sarik Derting:	Muteli	Darin	Dagel	Dagel, ha- nan Nish
Asit	0	Madron	Uanu siren valedura	0
Karaker	Hyich, hafif gorgin	Dyok gorgin	Hyuk, gorgin	Hafif Dyok
Pakel, mtra Kawati	0	Shana	0	0
Deryin coen Kawati Boleen	0	0	0	0
Pakel Dala Aier	0	Hyek	% 20	0
Lakati sayan	Yukach	Genelike dagel	0	Yukach
Lak. Formali	Yukach raya mari	Yukach raya normal	Dagel	Normal
Sece rengi	Yukach poli- mer	Yukach	Yukach Lentel	Yukach Reahoff
	Arada sokak	Pontak	Dagel, koy ve agle	Reahoff
Qelk kan kaya, Boven- hagen	0	Yuk	Erdop + Gac	Erdop + Gac
Intertromen + mg.	Genelike	15 - 30	Dagel	Dagel
Alkade foe- kaya K. A. Gut	0	30 dan 40	30 dan 42	30 dan 42
Bosan tran- samban	100 dan 42	100 dan 42	100 dan 42	100 dan 42
Yukach terol + mg.	Dagel	Dagel	Dagel	400 dan yukach
Ditak kany gorgin	% 10 ke ge- rindime	Hoyatomeg	Hoyatomeg	Hoyatomeg
Barufan, ad G	Normal	Mika dusa ge, dagel	Normal	Normal

Tedavi :

Safra kesesi kanserinin tedavisi cerrahidir. Fakat kanserin hızla ilerlemesi ve çevreye erken metastazı nedeni ile tedavi pek yüz güldürücü olmaktadır. Erken vakalarda yapılan cerrahi tedaviler arzu edilen tedavi şeklidir.

Moynihan - graham, Finsterer (8) gibi cerrahlar her taşlı keseyi çıkarmakla kanser profilaksisi yönünden yarar olduğunu savunan kişilerdir. Kolesistektomi mortalitesi, ilerde oluşacak kanser mortalitesinden kıyaslanmayacak kadar düşüktür (8, 27, 30, 32).

Cerrahiden en iyi yararlanan vakalar, bir kolesistektomi sırasında raslantı olarak kanser bulunmuş vakalardır (6).

Safra kesesi kanseri radyo terapi kemo trapiden istifade etmektedir. Cerrahi tedavide bazı durumlara karşılaşır. Bunlar ve davranıl yönleri şunlardır.

1 — Benivn bir hastalık nedeniyle kolesistektomi yapılmaktadır. Ve tasadüfen kesede kanser olduğu anlaşılmıştır. Bu durumda sadece kolesistektomi yapılmalıdır.

2 — Kesede kanser bellidir. Ayrıca karaciğerde de drekt yayılımla metastaz bulunmaktadır.

Bu durumda kese ile birlikte kama şeklinde rezeksiyon gerekir. Hatta bazı yazarlar sağ hepotektomiye tavsiye etmektedirler (6).

3 — Burada kanser bütün çevre lenf yollarını, komşu safra yollarını tutmuşsa, bir cerrahi yöntem uygulamak imkansızdır.

Bu durumda dahi radikal davranan cerrahlar bulunmaktadır (32) uygulanan amaliyat sağ hepatik lobektomi, pankreatikoduodenektomi, hepotojeyunostomi, lenfadenektomi dir.

Ayrıca palyatif drenaj, A. Hepatika kateterizasyonu ile komoterapötik ajan verilmesi, uzak bölgelere lenfadenektomi de bazı tedavi şekilleridir (16 - 22 - 32).

Birçok istatistiklerde rezekobilite oranı % 30 civarında, Radikal rezekabilite oranı ise % 15 kadardır (3).

Prognoz erken tanıya bağlıdır. Vakalarda tedavi şansı % 5 tir (10) 5 yıllık yaşama oranı % 0-6 arası değişmektedir (3-9-10-22-29).

Patologlar ortalama yaşama süresinin 48 ay olduğunu söylerler (16). Ameliyat mortalitesi % 41,86 civarındadır (16, 29, 32). Bazı iyimser çalışmalarda ise 5 yıllık yaşama süresi % 12,6 olarak söylenmektedir (4,29).

Bütün bu genel bilgiyi şöyle toplaya bilmekteyiz.

1 — Safra kesesi kanseri seyrek olmayan bir hastalıktır. Yeterki detaylı bir arama yapılsın. Kastroentestinal sistem kanserlerinde altıncı sırayı almaktadır.

2 — Erken devrede asemptomatikdir.

3 — Kolesistektomi endikasyonu konmuş kesler hemen amaliyat edilmeli ve kese histopatolojik olarak incelenmelidir.

4 — Erken yayılım ve metestaz yapan bir hastalıktır.

5 — Belirti vermeye başlayan vakalarda radikal cerrahi tedavi zamanı geçmek üzeredir. Veya yapılacak girişimin mortalitesi yüksektir.

6 — Erken yakalama ve tedavi şansı % 5, radikal ameliyat mortalitesi % 41,86, beş yıl yaşama tarzı % 0-6 arasındır.

B — METERYEL — METOD :

Vakalarımız 1961-1971 yılları arasında kliniğimizde tetkik ve tedavi görmüş vakaları kapsamaktadır. Bu yıllar içinde 34 vaka bulunmuştur. Ancak 18 vaka bize yardımcı olmuş diğerleri yararlılık dışında görüldüğü için değerlendirmeye sokulmamıştır.

1. Yıllara göre dağılım :

Yıl	Hasta sayısı
1961	1
1962	1
1963	4
1964	4
1965	0
1966	1
1967	2
1968	0
1969	2
1970	2
1971	1

2. Yaşlara göre dağılım :

Yaş grubu	Hasta sayısı
31 - 40	2
41 - 50	4
51 - 60	8
61 - 70	4

Vakalarımızın tamamı 31 - 70 yaş arasında görülmekte en fazla hasta ise 8 vaka ile 51 - 60 yaş grubu arasında bulunmaktadır. Ortalama yaş 54,6'dır. En genç hastamız 42, en yaşlı hastamız ise 70 yaşında bulunmaktadır. Litaratürde yaş ortalaması 55 - 65 yaş grubuna girmektedir (3, 7, 16, 18, 23, 32). Bizde oran yukarıda anlaşılabacağı üzere biraz daha düşük görülmektedir.

3. Cinse göre dağılım :

Vakalarımızdan 10'u (55,5) kadın, 8'i (% 44,4) erkek olarak tesbit edilmiştir. Erkek kadın oranı 4/5'dir. Buna göre kliniğimiz vakalarında kadın - erkek arası fark literatüre oranla küçülmüş olarak görülmektedir.

4. İlk Şikâyetlerin başlama süresi :

İlk şikâyetlerin başlaması ile doktora geliş arası geçen süresi tablo halinde gösterirsek :

Süre	Vak'a sayısı	%
0 - 1 ay	2	11,1
1 - 3 ay	9	50
3 - 6 ay	2	11,1
6 ay - 1 yıl	0	0
1 yıl - 2 yıl	1	5,5
4 yıl ve ötesi	3	16,6

Çoğunluğu 1 - 3 ay arası şikâyeti olan hastalar kapsamaktadır. Bir vakamızda 28 yıllık taşlı kolesistik tanısı mevcut idi. Bu sürelerin erken tanıda bir önemi olmamakta ancak hastaların Doktora ne ve hangi durumda geldiklerini göstermektedir.

5. İlk şikâyetler :

İlk şikâyet	Vak'a sayısı
Sağ üst kadron ağrısı	16
Sarılık	9
Bulantı, kusma	2
Kilo kaybı	1
Karında kitle	1

Ağrı trif eden 16 hastanın hepside ağrının aralarla geldiğini ilk zamanlar keskin bir nitelikte iken sonraları küntleştiğini ifade etmektedirler. Hastalar ilk zamanlar kolik vasıflı ağrıların sonraları niteliğinde değişme olduğunu söylemektedirler.

6. Halen bulunan şikâyetler :

Şikâyet cinsi	Vak'a sayısı
Özelliksiz sağ üst kadran ağrısı	17
Sarılık	12
Kilo kaybı	7
Karında kitle	3
Bulantı, kusma	4

7. Safra kesesinde taş durumu :

Ameliyat ve otopsi bulgularından edinildiğine göre safra kesesinde taş durumu şöyledir.

Laparatomide metastaz nedeni ile gözlem	
imkânı olmayan vak'alar	1
Safra kesesinde taş olan vak'alar	12
Safra kesesinde taş olmayan vak'alar	4

Geride kalan bir vaka ise ameliyattan önce exitus olmuş otopside yapılmamıştır.

Buna göre safra kesesi kanseri mevcut hastalarda taşa raslama oranı % 66,6'dır.

Safra kesesinde kanser olduğu halde taş bulunmamış vakalar ise % 22,2 olarak görülmektedir.

Bu safra keselerinden çıkarılmış taşların özellik ve cinsleri hakkında bir bilgimiz bulunmamaktadır.

8. Tanı araçları :

Tanı aracı	Vak'a sayısı
Radyoloji	9
Klinik muayene	3
Laboratuvar	2
Radyoloji + Klinik	1
Klinik + Laboratuvar	3

Bu tetkikler sonu hastalara takınma sarılığı, Pankreas başı tümörü gibi tanılar konmuştur.

Radyolojik tetkik yapılan 10 hastadan 7 sinde safra kesesi hiç dolmamış, 3 ünde ise disfonksiyone bir kesede taş tesbit edilmiştir.

Ameliyat önu kesin tanı konmuş vakamız bulunmamaktadır. Konulan tanılar şöyledir :

Tanı	Vak'a sayısı
Tıkanma sarılığı	9
Pankreas başı tümörü	3
Taşlı kolesistik	3
Extrahepatik tümör	1
Karaciğer kist hidatiği	1
Bir vak'amız tanı konmadan kaybedilmiştir.	

9. Hastalık yaygınlık derecesi :

Yayılım	Vak'a sayısı
Karaciğer	9
Komşu organ	6
Malign asit	1
Peritonitis karsinamatoza	1
Uzak organ	0

1 hastamız exitus olduğu için değerlendirim dışında kalmıştır.

10. Yapılan ameliyatlar :**11. Takip :**

Sadece iki hasta klinik çağrılarına uymuş ve her üç ayda bir kontrol yapılmış ilk 1 yıl içinde exitus olduğu öğrenilmiştir.

12. Histopatolojik tanı :

Materyal alınmış 17 hastamızdan 8 vakanın patoloji raporları temin edilebilmiştir. Buna göre

6 Vaka adenocarsinoma

1 Vaka mukoid dejenerasyon gösteren adenocarsinoma

1 Vaka karsinoma metastazı (lenf bezi) olarak bulunmaktadır.

C — TARTIŞMA :

Bu güne kadar yapılan safra kesesine ve yollarına bağlı hastaların ameliyatlarında kansere rastlanması ve kese kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda safra kesesinde taşın çıkması bu iki patolojinin birbiriyle ilgisi olup olmadığı sorunu ortaya atmıştır. Bunun için etioloji tam bilinmemektedir. Bunun munakaşasında 3 sorun vardır.

1 — Kanser, taş olan kesede bu zemin üzerinde gelişir.

2 — Kanserli bir kesede taş ikincil olarak gelişir.

3 — Hem kanser hem taş başka bir potolojinin sonucu olarak gelişmektedir. Yapılan çalışmalar daha çok kanserin taş üzerine geliştiği fikrine uymaktadır (11,17).

Çalışmacılar yapılan kese ameliyatlarında taş rastlama sıklığının incelemişlerdir. Bu sıklık % 70 - 90 arası görülmektedir. Taşı safra keselerinde kansere rastlama oranı ise % 3,5 - 6 arasında bulunmaktadır.

Kliniğimizde yapmış olduğumuz safra kesesi kanseri ameliyatlarında taş sıklığı % 66,6 olarak tarafımızdan bulunmuştur. Kolelithiasis nedeniyle ameliyat ettiğimiz keselerde kansere rastlama oranı ise % 2,5 olarak tesbit etmiş bulunuyoruz.

Bu yüzdeler dünya literatörü ile yakınlık göstermektedir. Çeşitli iritan maddelerle bir çok tecrübeler yapılmış ve kesede kanser oluşturulmuştur. Desoxycolic asit, Chollesterol, Methylcholenthrene, cam ve radyum çubuklar bu amaçla kullanılmıştır.

Kollesterol ve safra tuzları Methylcholonthrene gibi bioşimik karsinojenik özellik göstermektedir. Bu maddelere ait taşlar bir süre sonra kanser oluşturmaktadır.

Tek ve büyük taşlar irkitme yüzeyini geniş tutmaları nedeniyle daha kanserojen etki göstermektedirler.

Petrov - Krotkina, - Farthner deneysel kesesi kanseri oluşturmuş ve incelemiş kişilerdir (13 - 21 - 22).

Kanser etiolojisinde taşın yanı sıra bazı faktörlerinde etolojiye katkıda bulundukları ortaya atılmıştır. Bunlar enfeksiyon, benign lezyonları, genel durum, dış faktörlerdir.

Bu gün için kanser oluşumunu şöyle özetliyebiliriz: Taşın mukozadaki mekanik iritasyonunun, safranin ve kolesterolon bir süre sonra 3 - methylcholanthrene gibi şiddetli şimik karsinojenik bir maddeye dönmesi ve bunun şimik iritasyonuna eklenmesi ile kesede kanser oluşmaktadır. Yani taş mokoza da bir giriş kapısı ve irite olmuş alan meydana getirecek, safra tuzu ve kolesterol gibi şimik karsinojenik maddelerde buraya etki edeceklerdir. Ayrıca mekanik iritasyonda aynı yerde etkisini sürdürecektir.

İşte bugünkü safra kesesi kanseri etiolojisinde taşın rolü hakkında ağır basan savunulan teori budur.

SONUÇ :

1. Safra kesesi kanserinde etiolojide taşın etkisi henüz tartışma konusu olmasına rağmen bu faktörü etiolojide dikkat dışı bırakmamızı iimkan yoktur.

2. Safra kesesi kanseri vakalarında baş sıklığı ve taşlı keselerde uzun takiple kanser olanağı yüzdeleri göstermektedir ki taş kanseri etiolojisinde sebep faktör olarak ilk akla gelen olmaktadır.

3. Safra kesesi kanseri çabuk ve geniş yayılımı nedeni ile kısa sürede öldürücü bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Erken yakalanmış vakalarda uzun yaşama elde edilmiş, gecikmiş vakalarda ise cerrahi, mortaliteyi artırıcı bir faktör olmadan öteye gidememiştir.

Bu nedenle taşlı safra kesesi vakaları kesin tanı konar konmaz ameliyat edilmeli ve çıkarılan safra kesesi histopatolojik olarak dikkatli tetkik edilmelidir. Şüpheli safra keselerinde Frozen - Section ile çalışılmalı ve ameliyat tipi buna göre seçilmelidir.

4. Uzun süre dispepsi ve bilyer şikâyetleri bulunan kadın hastalarda ilakla gelen tanı safra kesesi kanseri olmalı ve hemen detaylı tetkik yapılmalı taş tesbit edilen vakalarda histopatolojik olarak safra kesesi incelenmelidir.

ÖZET :

Bu Konu ihtisas tezi olarak hazırlanmış ve kısaltılarak bir yayın haline konmuştur.

Safra kesesi kanseri etiolojisi bugün tam olarak bilinmemektedir. Biz taşın kansere sebep bir faktör olduğunu savunmuş bulunuyoruz.

SUMMARY

The Relationship in the etiology of gallbladder carcinoma and stones

This subject had prepared a thesis of specialise in general surgery. We shortened it and published.

Today correct etiology of gallbladder carcinoma is unknown. We presented that the gallstone is a couse factor in etiology of gallbladder carcinoma.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Aker, Y., Uzer, F. : Sarılık sendromu ve özellikle cerrahi sarılık. A. Ü. T. F. Mecmuası, Cilt 15, No: 5, 1972'den ayrı baskı.
- 2 — Akın, H., Uzer, F. : Safra kesesi kanserleri, safra kesesi taşları.
- 3 — Andrews, E. C. et al. : Carcinoma of the gallbladder. Report of the 45 cases. Southern Med. J. 62:573-8, May 1969.
- 4 — Appleman, R. M. : Long term survival in carcinoma of the gallbladder. Surg. Gyne. and obst. 117:459, 1963.
- 5 — Arminski, T. C. : Primary carcinoma of the gallbladder. Cancer. 2:379, 1949.
- 6 — Brasfield, R. D. : Right Hepatic Lobectomy for carcinoma of the gallbladder. Ann. Surg. 1961, 153:563.
- 7 — Bumin, O. : Safra kesesi tümörleri. Sindirim sistemi cerrahisi 1. Ankara Tıp Fak. Yayını No: 199, GİM. 1969.
- 8 — Bumin, O. : Safra kesesi kanserleri. A. Ü. T. F. Mecmuası, Cilt X. Sayı : 4, 1957.
- 9 — Chandler, J. J. : Clinical study of primary carcinoma of the gallbladder. Surg. Gyne. and obst. 117:297, 1963.
- 10 — Christopher, D. : Carcinoma of the gallbladder. W. B. Saunders Coop. 9th Ed. Textbook of surgery. 1085, 1972.
- 11 — Derman, H. : Are Gallstones and gallbladder carcinoma related. JAMA. 1961, 176:450.
- 12 — Fahim, R. B. : Carcinoma of the gallbladder. A study of its modes of spread. Ann. Surg. 156:114, 1961.
- 13 — Fortner, J. G. : Carcinoma of the gallbladder. Experimental induction of primary. Cancer. 1955, 8:689.
- 14 — Gers, P. H. : Primary carcinoma of the gallbladder. Athirty year summary. Surgery 153:369, 1961.
- 15 — Glenn, F., Hays, D. M. : The scope of radical surgery in the treatment of malignant tumors of the extrahepatic biliary tract. Sur. Gyne. Obst., 1954, 99:529.
- 16 — Gradisar, İ. A. : Primary carcinoma of the gallbladder. Arch. surgery Vol: 100:232 - 235, June 1970.
- 17 — Hardy, M. A., Volk, H. : Primary carcinoma of the gallbladder. A ten year rewiev Amer. J. Surg. 120:800, 1970.

- 18 — Horwitz, A. : Carcinoma of the gallbladder. Summary of 20 cases ZAMA. 1960, 173:234.
- 19 — Lesch, P. et. al. : Diagnostik des gallenblasen karsinomz. Med. Klin. Vol: 64, p. 1595 - 8, 1969.
- 20 — Litwin, S. : Primary carcinoma of the gallbladder. Arch. Surg. 95:236, 1967.
- 21 — Petrov, N. N., Krotkina, N. A. : Experimental carcinoma of the gallbladder. Ann. Surg. 125:241, 1947.
- 22 — Ram, M. D. et. all. : Carcinoma of the gallbladder. Surg. Gynec. Obst. Vol : 132, No: 6, June 1971.
- 23 — Robertson, W. A. : Primary carcinoma of the gallbladder. Review of 52 cases. Amer. J. Surg. 113:738, 1967.
- 24 — Scherlock, S. : Diseases of the liver and biliary sistem. Blackwell scientific publications 4th ed. 1969.
- 25 — Schkelford, R. T. : Primary carcinoma of the gallbladder. Surgery of the alimentary tract. W. B. Saunders Comp. p. 739, 1969.
- 26 — Simmers, M. H. : Simultane effect of gallstone in the pig's gallbladder. Arch. Surg. Vol: 87:583 - 90, July - Dec 1963.
- 27 — Solan, M. J., Jackson, B. T. : Carcinoma of the gallbladder. Brith. J. Surg. 58:593, 1971.
- 28 — Strauch, G. O. : Primary carcinoma of the gallbladder. Surgery 47:368, 1960.
- 29 — Tanga, M. R. : Primary carcinoma of the gallbladder. Reported of 43 cases. Surgery 67:418 - 36. Mar 1970.
- 30 — Thorbjarnarson, B. : Carcinoma of the gallbladder and acut Molecystitis. Ann. Surg. 151:241, 1960.
- 31 — Thornek, P. : Anatoy in surgery. J. B. Lippincolt Comp. 2nd. Ed. 1969.
- 32 — Warren, K. W. : Primary neoplasmy of the gallbladder. Surg. Gynec. Obst. V: 126:1036, May 1968.
- 33 — Yadav, R. V. S. : Obstructive jaundice and carcinoma of the gallbladder. Int. Surg. V: 52, N: 3, p. 240, Sep 1969.