

## Kolesistostomi ile Tedavi Edilen Ksantogranulomatöz Kolesistit

Ali Vedat DURGUN, Erman AYTAÇ<sup>a</sup>, Asiye PEREK

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

### ÖZET

Ksantogranulomatöz kolesistit (KK), safra kesesi duvar kalınlaşmasına sert kıvamlı yapışıklıkların eşlik ettiği, nadir rastlanan bir kronik kolesistit türüdür. KK' te safra kesesi enflamasyonuna ek olarak kolesterol ve safra pigmentlerinin fagosite edilerek safra kesesi duvarının diffüz ya da fokal kalınlaşması mevcuttur. KK tanısı ve tedavisinde farklı yaklaşım ve değerlendirmeler bulunması nedeniyle nadir görülen ancak karşılaşıldığında farklı tedavilerin tanımlandığı bir patolojidir. Çalışmamızda safra kesesi karsinomu ön tanısı ile kliniğimize refere edilen ancak ameliyat sırasında yapılan histolojik değerlendirmede KK tanısı konarak kolesistostomi ile tedavi edilen hastanın tanısı, tedavi ve takip süreci literatür verileri ile birlikte değerlendirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Ksantogranulomatöz kolesistit, Kolesistostomi, Tanı, Tedavi

### ABSTRACT

#### Treatment of Xantogranulomatous Cholecystitis with Cholecystostomy

Xantogranulomatous cholecystitis (XC) is a one of the types of chronic cholecystitis. This rare disease causes nodular or diffuse thickenings on the gall bladder wall. Bile pigments deposits are observed in the wall of the gall bladder. There are many different treatment and diagnostic options has been defined about XC, which is a rare pathology. In this study, we present the intraoperative diagnosis of XC in a patient who had been referred us with a preliminary diagnosis as bile duct carcinoma with the literature data.

**Key words:** Xantogranulomatous cholecystitis, Cholecystostomy, Diagnosis, Treatment

**K**santogranulomatöz kolesistit (KK), safra kesesi duvar kalınlaşmasına sert kıvamlı yapışıklıkların eşlik ettiği, nadir rastlanan bir kronik kolesistit türüdür (1).

Safra kesesi duvarında belirgin kalınlaşma, perikolesistik infiltrasyon, enflamasyon, karaciğer yatağı ile sıkı yapışıklık, ekstrahepatik kolestatik ve lenfadenomegali varlığı KK 'in ayırıcı tanısı içerisine öncelikle safra kesesi karsinomunu sokar. Bazı KK olgularına ameliyat öncesi radyolojik olarak safra kesesi karsinomu tanısı konması nedeniyle gereksiz geniş çaplı rezeksiyon uygulandığı bildirilmiştir. Gerçek tanı genellikle histolojik değerlendirme sonrası konabilmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi ya da sırasında doğru tanının konması hastayı gereksiz agresif cerrahiden ve bu girişimin getireceği mortalite ve morbidite riskinden kurtaracaktır (2). Çalışmamızda safra kesesi karsinomu ön tanısı ile kliniğimize refere edilen ancak ameliyat sırasında yapılan histolojik değerlendirmede KK tanısı konarak kolesistostomi ile tedavi edilen hastanın tanısı, tedavi ve takip süreci literatür verileri ile birlikte değerlendirilmiştir.

### OLGU SUNUMU

Altmış bir yaşında kadın hasta, başka bir merkezde

yapılan incelemelerinde, safra kesesinde heterojen yapıda duvar kalınlaşması saptanması nedeniyle ileri tetkik amaçlı kliniğimize refere edildi. Hastanın yaklaşık üç aydır halsizlik, iştahsızlık ve karın ağrısı yakınmaları mevcuttu. Fizik muayenesinde, karın sağ üst kadranda ağrı ve hassasiyet saptandı. Hastaya dört ay önce metal mitral kapak replasmanı yapılmıştı. Altı yıldır eşlik eden ve medikal tedavi ile takip edilen hipertansiyonu ve bilinen eroziv gastriti mevcuttu. Hastanın öz geçmişinde 14 yaşında akut romatizmal ateş tedavisi mevcuttu. Hasta, antihipertansif, antasit ve oral antikoagülan tedavi almaktaydı.

Biyokimyasal ve serolojik incelemelerinde sınırda hipotalbuminemi dışında patolojik bulgusu yoktu. CA 125 değeri 49,5 U/ml (referans değeri: 1,7-32), CA 19-9 değeri 91,88 U/ml (referans değeri: 1,7-32) iken alfa fetoprotein ve karsinoembriyjenik antijen değerleri normal sınırlardaydı.

Ultrasonografik (US) incelemede safra kesesinde çok sayıda milimetrik kalkül, safra çamuru saptandı. Bilgisayarlı tomografisinde (BT) karaciğer hilusunda safra kesesi lokalizasyonunda 70x 35 mm lik alanda konsantrik kalınlaşma ve çevre yağlı dokulardan ayırt edilemeyen lezyon ve pankreas başında ödem saptandı.

<sup>a</sup> Yazışma Adresi: Dr. Erman AYTAÇ, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
Tel: 0 212 4143000  
e-mail: eaytract@yahoo.com

Hastanın mevcut radyolojik bulguları kronik kolesistit zemininde gelişen akut enflamasyon ya da safra kesesi karsinomu olarak yorumlandı (Resim 1).



**Resim 1.** Ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografi de safra kesesi duvarında belirgin kalınlaşma izleniyor.

Hastaya mevcut klinik durumu hakkında bilgi ve verilerek ameliyat önerildi. Hastanın onamı alındıktan sonra ameliyat öncesi hazırlığı tamamlandı. Yapılan incelemede kardiyolojik açıdan mevcut hastalığı ve geçirdiği ameliyat nedeniyle orta riskli olarak değerlendirildi.

Ameliyat sırasında yapılan değerlendirmede safra kesesinin sert, enflame ve çevre organlara ve karaciğer hilusuna sıkıca yapışık olduğu gözlemlendi. Fundus kısmı prepare edilip tam kat insizyonel biyopsi alındı. Patoloji ekibi tarafından ameliyat sırasında değerlendirildi ve KK ile uyumlu olduğu, malin hücreye rastlanmadığı belirtildi. Malignite saptanmaması ve lokal şartların, güvenli bir kolesistektomi için uygun olmaması nedeniyle hastanın komorbiditesi de göz önüne alınarak kolesistostomi yapılmasına karar verildi. US raporunun aksine safra kesesinde taş olmadığı anlaşıldı. Kese içeriği boşaltıldıktan sonra 32 F Pezzer sonda ile tüp kolesistostomi işlemi uygulanarak ameliyat tamamlandı. Hasta ameliyat sonrası altıncı günde komplikasyonsuz taburcu edildi. Sonrasındaki takiplerinde 15. günde kolesistostomi tüpü çıkarılan hasta dört yıldır sorunsuz takip edilmektedir (Resim 2). Hastanın halen yakınmasız olması, safra kesesinin radyolojik olarak normal bulunması, mitral kapak replasmanı ve oral antikoagulan kullanımı göz önüne alınarak kolesistektomiyi hedefleyen ikinci bir girişim düşünülmemiştir.



**Resim 2.** Ameliyat sonrası dördüncü yılda çekilen bilgisayarlı tomografide patolojik bulgu görülüyor.

## TARTIŞMA

KK tanı ve tedavisinde farklı yaklaşım ve değerlendirmeler bulunması nedeniyle nadir görülen ancak karşılaşıldığında farklı tedavilerin tanımlandığı bir patolojidir.

KK' te safra kesesi enflamasyonuna ek olarak kolesterol ve safra pigmentlerinin fagosite edilerek safra kesesi duvarının diffüz ya da fokal kalınlaşması mevcuttur. Radyolojik incelemelerde heterojen görünümü ve geliştirdiği inflamatuvar yanıt nedeniyle lenfadenomegalilere neden olması, safra kesesi karsinomu ile karıştırılmasına neden olmaktadır (3). Bizim olgumuzda kliniğimize olası safra kesesi karsinomu ön tanısı ile refere edilmişti. US, safra kesesi lezyonlarının değerlendirilmesinde en sık başvuru ve en pratik görüntüleme yöntemidir. Safra kesesi duvarında kalınlaşma ve nodüler görünüm KK' te gözlenen US bulgularıdır. Ancak US lezyonun kanserden ayırımı yapmada yetersiz kalır. İleri tetkik olarak BT tercih edilebilir. Daha farklı bir teknik olan florid-18 fluorodeoksiglukoz – pozitron emisyon tomografisi (FDG-PET) ameliyat öncesi kanser tetkiki amacıyla safra kesesi patolojilerinde araştırma amaçlı değerlendirilmiştir. FDG-PET tetkikinin safra kesesinin selim adenomyomlarının karsinomdan ayırımında etkin olabileceği bildirilmiştir (4). KK' in inflamatuvar özelliği nedeniyle FDG emisyonuna neden olarak yanlış pozitif sonuç verebileceği de akılda tutulmalıdır. Bu nedenle PET' nin, KK' in safra kesesi karsinomundan ayırımında kanıtlanmış değeri yoktur. Olgumuzda ameliyat öncesi benzer görüntüleme stratejisi izlendi, ayırıcı tanı değeri olmadığından ve PET tercih edilmedi. Ayrıca tümör belirteçlerinde CA 125 ve CA 19-9 değeri normal değerlerinin hafif derecede üzerinde saptandı. Ancak tümör belirteçlerinin safra yolunun inflamatuvar hastalıklarında da belirli bir düzeyde arttığı bilinmektedir (5).

Günümüzde KK' in, ameliyat öncesinde kesin tanısı sıklıkla yapılamamaktadır. Bu nedenle ameliyat sırasında yapılacak histolojik değerlendirme hastalığın tedavisinin belirlenmesi açısından önemlidir. Tecrübeli patoloji ekibi tarafından yapılacak detaylı bir değerlendirme ile tanı konabilir ve hasta gereksiz bir agresif tedaviden kurtulabilir. Ayrıca KK' in, premalign bir lezyon olmadığı da gösterilmiştir (6). Bu nedenle KK olgularında uygulanacak tedavi planlanırken hastanın uygulanacak girişime psikolojik ve metabolik uyumu iyi değerlendirilmelidir.

Bizim olgumuzda KK tanısı ameliyat sırasında yapılan histolojik değerlendirme ile konuldu. Hastanın komorbid hastalıklarını ve mevcut patolojinin malignite olmadığını kanıtlanması nedeniyle safra yollarını da içerecek ekstensif bir diseksiyon ve rezeksiyon yerine mevcut kolesistiti tedavi edecek kolesistostomi işlemi ile girişim tamamlandı. Hastamızın, bu girişimden sonraki uzun dönemde de safra kesesi ve safra yolları ile ilgili yakınması olmadı.

Safra kesesi karsinomundan şüphelenilen ancak ameliyat öncesi histolojik tanısı olmayan olgularda KK akla gelmeli ve definitif girişim öncesi mutlaka histolojik değerlendirme yapılmalıdır. Bu yaklaşım selim patolojisi olan komorbiditesi yüksek hastaların minör işlemler ile tedavi olmalarını sağlayabilir. Birçok klinik bildiride KK nedeniyle uygulanan girişimlerde safra kesesinin bütün olarak çıkarılmadığı bildirilmektedir. Bu nedenle mevcut hastalığı çözecek optimum girişim önerilmektedir (7).

Kolesistostomi işlemi eğer kesin tanı bilinmemekte ise perkütan olarak ta gerçekleştirilebilir. Eğer bu işlem başarılı olursa uygun ve genel durumu müsait olgularda takip eden süreç laparoskopik kolesistektomi ile tamamlanabilir (8).

KK olgularının tedavisinde hastanın genel durumu dikkate alınarak uygun girişim planlanmalı, KK' in bir premalign lezyon olmadığı akılda tutularak komorbiditesi yüksek olgularda, mortalite ve morbiditeyi arttıracak girişimlerden kaçınılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Shuto R, Kiyosue H, Komatsu E, et al. CT and MR imaging findings of xanthogranulomatous cholecystitis: correlation with pathologic findings. *Eur Radiol* 2004; 14: 440-6.
2. 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: 333-8.
3. Baykara M, Ö. Karahan MÖ. Safra kesesi karsinomunu taklit eden ksantogranülatöz kolesistit. *Tanıs ve Girişimsel Radyoloji* 2004; 10: 56-8.
4. Anderson CD, Rice MH, Pinson CW, Chapman WC, Chari RS, Delbeke D. Fluorodeoxyglucose PET imaging in the evaluation of gallbladder carcinoma and cholangiocarcinoma. *J Gastrointest Surg* 2004; 8: 90-7.
5. Strom BL, Iliopoulos D, Atkinson B, et al. Pathophysiology of tumor progression in human gallbladder: flow cytometry, CEA, and CA 19-9 levels in bile and serum in different stages of gallbladder disease. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 1575-80.
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: 254-7.
8. Klarenbeek BR, van Veen SA, Stockmann HB. Percutaneous gallbladder drainage for xanthogranulomatous cholecystitis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2008; 18: 506-7.

Gönderilme Tarihi: 10.09.2011