

Safra Kesesinin Nadir Bir Polipoid Lezyonu: Adenomyomatozis

Ahmet Fikret YÜCEL^{a1}, Ahmet PERGEL¹, İbrahim AYDIN¹, Doğan YILDIRIM², Murat MOUNLA²,
Nilgün DEMİRBAĞ³, Dursun Ali ŞAHİN¹

¹Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı,, Rize, Türkiye

²Özel Yıldız Tabya Bilge Hastanesi , Genel Cerrahi , İstanbul, Türkiye

³Avrasya Hospital , Patoloji Birimi, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Adenomyomatozis, safra kesesi duvarının etyolojisi bilinmeyen benign hiperplastik hastalığıdır. Rokitansky-Aschoff sinüsü ile karakterize olan bu hastalık safra kesesinin incelmış kas tabakasından epitelin lokal ya da diffüz olarak invaginasyonu ile oluşur. Bazı vakalar malign tümörlere benzetmekle birlikte, ultrasonografik inceleme sırasında ayırıcı tanıda adenomyomatozis akla gelmelidir. Epigastrik ağrı ve dispeptik yakınmaları olan 50 yaşındaki kadın hastanın yapılan batın ultrasonografisinde safra kesesinde polip saptandı. Laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucu safra kesesi adenomyomu tanısı kondu. Olgumuzu safra kesesi polipleri ile alakalı kısa literatür bilgisi vererek sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Safra kesesi, polip, adenomyomatozis

ABSTRACT

A Rare Polypoid Lesion of The Gallbladder: Adenomyomatosis

Adenomyomatosis of the gallbladder is a condition of benign hyperplasia of unknown etiology, characterised by local or diffuse thickening of the muscular layer, with invagination of the epithelium, forming Rokitansky-Aschoff sinuses. In some cases it looks like a malignant tumor. The diagnosis can be suspected during ultrasound examination. Gall bladder polyp was detected in the abdominal ultrasonography of a 50-year-old female patient with epigastric pain and dyspeptic complaints. Laparoscopic cholecystectomy was carried out and gall bladder adenoma was diagnosed according to histopathological examination. We aimed to present our case with brief relevant literature information.

Key Words: Gallbladder, polyp, adenomyomatosis

Safra kesesi adenomyomatozisi; etyolojisi bilinmeyen, benign, hiperplastik bir hastalıktır. Kolesistektomi piyeslerinin %2-9'unda saptanmaktadır (1). Safra kesesinin incelmış kas tabakasından epitelin lokal ya da diffüz olarak invaginasyonu ile oluşur ve Rokitansky-Aschoff sinüsü diye adlandırılır. Genellikle ileri yaşlarda görülür (2). Ayırıcı tanıda ultrasonografi oldukça değerlidir (3). Kesin tanı ancak histopatolojik olarak konulur. Adenomyoma epitelinden displatik değişiklikler, insitu ya da invaziv kanser gelişebilmektedir. Özellikle yaşlı hastalarda fundus yerleşimli segmental adenomyomatoziste kanser gelişim riski yüksek olduğu belirtilmektedir (4). Ancak birçok araştırıcı kanser gelişimini adenomyomatozisten ziyade; taş, kronik inflamasyon ve metaplastik değişikliklere bağlamaktadır. Kanser birlikteliği ihtimali nedeniyle kolesistektomi önerilmektedir (5).

OLGU SUNUMU

Elli yaşında kadın hasta zaman zaman oluşan karın sağ üst kadranda ağrısı ve dispeptik şikayetler nedeniyle polikliniğe müracaat etti. Batın sağ üst kadranda minimal hassasiyet

dışında patolojik muayene bulgusu yoktu. Yapılan batın ultrasonografi tetkikinde safra kesesi fundusunda yaklaşık 1 cm boyutunda polipoid lezyon harici patolojik görünüm saptanmadı (Resim 1).

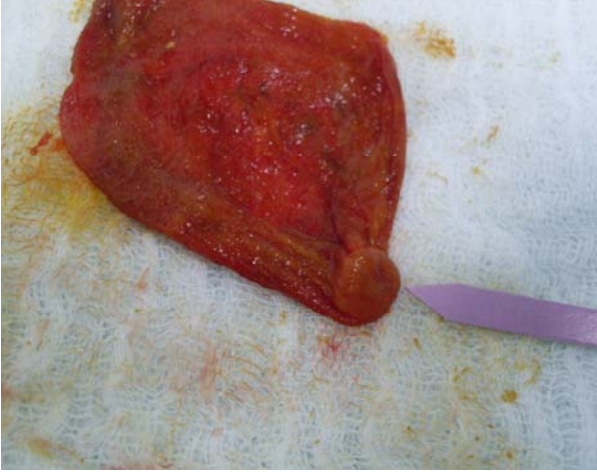


Resim 1. Batın ultrasonografisinde safra kesesi polipi görüntüsü.

^a Yazışma Adresi: Dr. Ahmet Fikret YÜCEL, Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi , Rize, Türkiye
e-mail: ahmetfy@yahoo.com

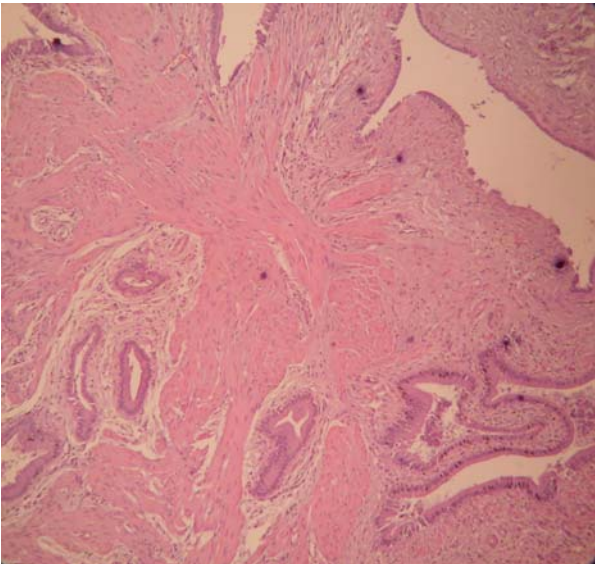
*9. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresinde poster olarak sunulmuştur. 28-31 Ekim 2009 Antalya

Laboratuar testleri normaldi. Hastanın mevcut yaşı, polip çapının 1cm olması malignite riskini arttırmasına ek olarak semptomatik olmasından dolayı ameliyata karar verildi. Hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı Ameliyat sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hasta ameliyat sonrası 1. günde diyeti düzenlenerek şifa ile taburcu edildi. Makroskopik olarak 5,5x4 cm ölçülerinde duvar kalınlığı 0,2 cm olan açılmış safra kesesi ve fundusta 1 cm çapında submukoza yerleşimli nodüler oluşum saptandı (Resim 2).



Resim 2. Safra kesesi fundusunda, yaklaşık 1 cm boyutunda düzgün sınırlı, polipoid kitle.

Histopatolojik incelemede, mukoza ve serozada konjesyon ile birlikte mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu, submukoza kas tabakası içerisinde kistik dilatasyon gösteren glandlar saptanması ile adenomyom tanısı kondu (Resim 3).



Resim 3. Mikroskopik görünüm. Prolifere düz kas demetleri arasında intramural hiperplazik glandlar (H-E, x100).

TARTIŞMA

Karın ultrasonografinin (USG) yaygın olarak kullanılmasının sonucu olarak, safra kesesi poliplerinin insidental olarak saptanmasında artış görülmektedir (6). Populasyonun yaklaşık %5'inde görülmekte ve %3-8 vakada safra kesesi kanseri için premalign lezyon olabilmektedir (7). Son zamanlarda safra kesesi poliplerinin tedavisine ultrasonografik olarak polipin çapının saptanması ile karar verilmektedir. Bir cm'den büyük polipler malign dönüşüm riskinden dolayı kolesistektomi ile tedavi edilirken; 1 cm'den küçük polipler klinik ve tekrarlayan USG ile takip edilir. USG'nin yanlış pozitif (%6-43) oranlarından dolayı, standart dışı tedavi uygulanma olasılığı da literatürde vurgulanmaktadır (8). Ayırım için endoskopik USG (EUS), bilgisayarlı tomografi ve PET'den faydalanabileceği belirtilmektedir(9). Yapılan bazı çalışmalarda EUS inceleme ile yüksek frekanslarda (7,5-12 MHz) daha nitelikli görüntü (saplı ya da sapsız oluşu, yüzey özellikleri, mikrokistlerin varlığı, ekojenite) sağlandığından, gerçek histolojik bulgular ile belirgin korelasyon saptanmıştır. Bu özellikleri normal USG ile saptamak oldukça güçtür. Belirgin olmayan safra kesesi lezyonlarında, malignite potansiyelini saptamada EUS'nin standart tetkik olduğu vurgulanmıştır (9,10).

EUS ile yapılan bir çalışmada neoplastik lezyonların (adenom ve karsinom) tespiti açısından, 1cm' den küçük polipoid lezyonlarda %50, 1 cm'den büyük polipoid lezyonlarda ise %88,3 oranında histopatoloji ile uyumlu bulgular tespit edilmiş (11). Sunmuş olduğumuz olgu klinik semptom veren safra kesesi polipi olgusuydu. Literatürde belirtilen risk faktörleri açısından (hastanın 50 yaşında olması ve polipin çapının 1cm olması) sınırda vaka olmasından dolayı tartışma için iyi bir örnek teşkil etmekteydi. Hastada klinik olarak semptom varlığından dolayı operasyon kararı kolay alınmış oldu. Klinik semptom olmaması durumunda da USG bulgularına dayanarak operasyon kararı alınmış olacaktı. Hastaya başarılı bir şekilde laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Literatürde de belirtildiği gibi USG bulgularının şüpheli olmaması durumunda da hastaya ayrıntılı bilgi verilerek ameliyat kararının ona göre alınmasının daha uygun olacağı kanaatindeyiz. Genel olarak, polipin 1 cm'den büyük olması ve 50 yaş üzeri olmak malignite için en önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Birlikte taş olması ve tek polip olması diğer önemli risk faktörleridir (6,12). Safra kesesi polipi olan ve cerrahi düşünülen hastalarda bu özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle semptomatik hastaların kolesistektomiden fayda görmeleri cerrahi için diğer endikasyonu oluşturmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi halen cerrahi tedavi seçeneği olarak devam etmekle birlikte, malignite ihtimali olan 2 cm'den büyük poliplerde trokar yeri yayılımını önlemek için açık cerrahi ve frozen inceleme tavsiye edilmektedir (13). Özellikle taşla birlikte olmayan 1cm'den küçük multipl poliplerin benign olduğu, malign dönüşüm riskinin çok düşük olduğu ve bu nedenlerden dolayı bu tür vakaların 3-6 aylık periyotlarla USG ile takibi önerilmektedir (8,14).

Ultrasonografik incelemede safra kesesi adenomyomu malign polipler ile karışabileceğinden ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Williams I, Slavin G, Cox A, Simpson P, de Lacey G. Diverticular disease (adenomyomatosis) of the gallbladder: a radiological/pathological survey. *Br J Radiol* 1986; 59: 29-34.
2. Nishimura A, Shirai Y, Hatakeyama K: Segmental adenomyomatosis of the gallbladder predisposes to cholecystolithiasis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2004; 11: 342-347.
3. Yoshimitsu K, Honda H, Jime M, et al. MR diagnosis of adenomyomatosis of the gallbladder and differentiation from gallbladder carcinoma: importance of showing Rokitansky-Aschoff sinuses. *Am J Roentgenol* 1999; 172: 1535-1540.
4. Nabatame N, Shirai Y, Nishimura A, Yokoyama N, Wakai T, Hatakeyama K. High risk of gallbladder carcinoma in elderly patients with segmental adenomyomatosis of the gallbladder. *J Exp Clin Cancer Res* 2004; 23: 593-598.
5. Aldouri AQ, Malik HZ, Waytt J, et al. The risk of gallbladder cancer from polyps in a large multiethnic series. *Eur J Surg Oncol* 2009; 35: 48-51.
6. Lee KF, Wong J, Li JC, Lai PB. Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg* 2004; 188: 186-190.
7. Yeh CN, Jan YY, Chao TC, Chen MF. Laparoscopic cholecystectomy or polypoid lesions of the gallbladder: a clinicopathologic study. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001; 11: 176-181.
8. Csendes A, Burgos AM, Csendes P, Smok G, Rojas J. Late follow-up of polypoid lesions of the gallbladder smaller than 10 mm. *Ann Surg* 2001; 234: 657-660.
9. Kimura K, Fujita N, Noda Y, Kobayashi G, Ito K. Differential diagnosis of large-sized pedunculated polypoid lesions of the gallbladder by endoscopic ultrasonography: a prospective study. *J Gastroenterol* 2001; 36: 648-649.
10. Sadamoto Y, Oda S, Tanaka M, et al. A useful approach to the differential diagnosis of small polypoid lesions of the gallbladder, utilizing an endoscopic ultrasound scoring system. *Endoscopy* 2002; 34: 959-965.
11. Cheon YK, Cho WY, Lee TH et al. Endoscopic ultrasonography does not differentiate neoplastic from non-neoplastic small gallbladder polyps. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 2361-2366.
12. Terzi C, Sokmen S, Seckin S, Albayrak L, Uğurlu M. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery* 2000; 127: 622-627.
13. Kim EK, Lee SK, Kim WW. Does laparoscopic surgery have a role in the treatment of gallbladder cancer? *J Hepatobil Pancreat Surg* 2002; 9: 559-563.
14. Mainprize KS, Gould SW, Gilbert JM. Surgical management of polypoid lesions of the gallbladder. *Br J Surg* 2000; 87: 414-417.

Gönderilme Tarihi: 12.11.2010