

Nadir Bir Olgu: Safra Kesesinin Taşlı Yüzük Hücreli Karsinomu

Ozan AKINCI¹, Başar Can TURGUT¹, Meral Buğdaycı ÜNER², Sefa ERGÜN³

Öz

Laparoskopik kolesistektomi safra kesesi taşlarının tedavisinde altın standart yöntemdir. İnsidental safra kesesi kanserlerinde tanı perioperatif bulgularla veya postoperatif patolojik değerlendirme ile konulur. Safra kesesi kanserlerinin büyük çoğunluğu adenokarsinomdur. Safra kesesinin taşlı yüzük hücreli karsinomu ise yeni olmayan fakat nadir görülen bir klinik antitedir. Bu yazıda insidental taşlı yüzük hücreli safra kesesi karsinomu tanısı koyduğumuz bir vakayı inceledik.

Anahtar Kelimeler: Kolesistektomi, Safra kesesi, Taşlı yüzük hücreli karsinom

A Rare Case: Signet Ring Cell Carcinoma of the Gallbladder

Abstract

Laparoscopic cholecystectomy is the golden standard method for the treatment of gall bladder stones. Incidentally gall bladder cancer is diagnosed with perioperative findings or postoperative pathologic examination. Most of the gallbladder cancers are adenocarcinoma. Signet ring cell carcinoma of gallbladder is not a new but is a uncommon clinical antite. In this study we examine the case of incidental signet cell carcinoma of gallbladder.

Keywords: Cholecystectomy, Gallbladder, Signet ring cell carcinoma

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Polikliniği, Fatih-İstanbul

²Hacettepe Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Sağlık Bakanlığı Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Polikliniği, Avcılar-İstanbul

Yazışma Adresi: Dr. Ozan AKINCI, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fatih-İstanbul

e-posta: ozanakinci1987@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-7149-6854>

Geliş Tarihi: 12 Temmuz 2019 Kabul Tarihi: 1 Eylül 2019

Giriş

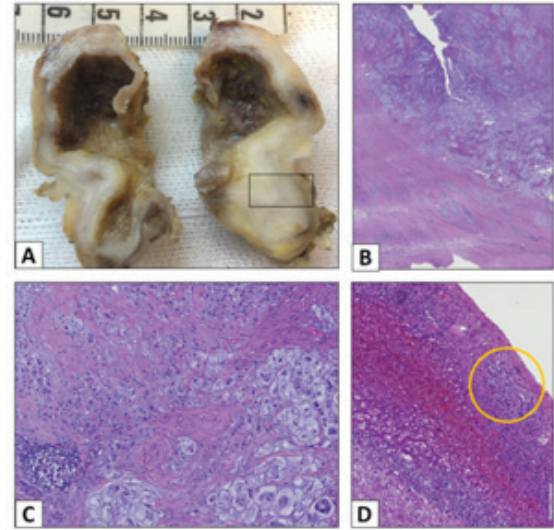
Safra kesesi tümörleri tüm gastrointestinal sistem kanserleri arasında beşinci sıklıkta görülen kanser olup safra yolları tümörleri arasında ise en sık olanıdır. Yüksek mortalite oranına sahip olup 5 yıllık ortalama sağ kalım oranı yaklaşık % 5'tir (1). Safra kesesi taşı endikasyonu ile opere edilen ve preoperatif kanser şüphesi bulunmayan olgularda % 0.2-2.1 oranında insidental safra kesesi karsinomu saptandığı bildirilmiştir (2, 3).

Safra kesesi kanserlerinin % 98'ini adenokarsinomlar, geri kalanını papiller, müsinöz, skuamöz ve adenoskuamöz gibi alt tipleri oluşturmaktadır. Safra kesesinin taşlı yüzük hücreli karsinomu oldukça nadir görülmektedir. Bu çalışmamızda 34 yaşında semptomatik safra kesesi taşı endikasyonu ile laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız, patolojik incelemede taşlı yüzük hücreli karsinom saptanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu

34 yaşında kadın hasta, 2 yıldır devam eden üst karın ve sırt ağrısı şikayetleri ile İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Polikliniği'ne başvurdu. Geçirilmiş operasyon öyküsü ve bilinen hastalığı olmadığı kaydedildi. Fizik muayenede ve laboratuvar testlerinde özellik saptanmadı. Preoperatif ultrasonografik (US) incelemede safra kesesinde en büyüğü 2 cm çapında birkaç adet kalkül saptandı. Preoperatif üst gastrointestinal sistem endoskopisi doğaldı. Hastaya elektif laparoskopik kolesistektomi kararı alındı. Peroperatif laparoskopik eksplorasyonda safra kesesinin skleroatrofik yapıda ve karaciğer yatağına ileri derecede yapışık olduğu gözlemlendi. Hastaya karaciğer yatağına içine alacak şekilde laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Preoperatif komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif ikinci gün taburcu edildi. Piyesin histopatolojik incelemesinde safra kesesi serozasını aşan, karaciğer parankimine invazyon gösteren (Evre T3), taşlı yüzük hücreli karsinom saptandı (Resim 1A-D). Hasta ileri merkezde tetkik edildi. Abdominal magnetik rezonans görüntülemesinde (MRI) safra kesesi yatağında fibrozis ile uyumlu görünüm, 18-F

fluorodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografide (FDG-PET) ise karaciğer segment 4b'de 1.2x1x2 cm boyutunda rezidü tümör şüphesi uyandıran, hipodens bir alanda, artmış FDG tutulumu (SUV max: 6.67) izlendi. Hastaya adjuvan kemoterapi uygulandı. 6 aylık tedavi sonrası çekilen kontrol FDG-PET'de, kolesistektomi lojunda önceki PET ile kıyaslandığında FDG tutulumu veya metastaz bulgusu görülmedi.



Resim 1

A) Kolesistektomi materyalinde izlenen diffüz duvar kalınlaşması; makroskopik değerlendirme. B) Makroskopik resimdeki kare ile işaretli alanın mikroskopik görünümü müsin gölcükleri ile karakterize müsinöz karsinom (H&E; 4X). C) Neoplazmi oluşturan müsinöz karsinom komponenti (sağ alt kısım) ve taşlı yüzük hücreli komponent (sol üst kısım) (H&E; 20X). D) Kolesistektomi materyali karaciğer parankim cerrahi sınırında izlenen karaciğer dokusuna ilerleyen neoplastik hücre grubu (daire) (H&E; 10X).

Tartışma

Safra kesesi kanserleri genelde geç tanı konulan, agresif tümörlerdir. Amerikan Kanser Ortak Komitesi kanser evreleme rehberine göre 5 yıllık sağ kalım oranları; Evre 0 için % 80, Evre 1 için % 50, Evre 2 için % 28, Evre 3 için % 8, Evre 4 için % 2'dir (5). İnsidental safra kesesi karsinomları, safra kesesinin benign bir hastalığı nedeniyle yapılan

kolesistektomi esnasında veya sonrasında patolojik inceleme ile karsinom saptanması olarak tanımlanır. Safra kesesinin taşlı yüzük hücreli karsinomu nadir rastlanan bir alt tip olup biyolojisi ve davranışları üzerine literatürde yeterli bilgi bulunmamaktadır.

Safra kesesi kanserlerinde risk faktörleri ileri yaş, kadın cinsiyet, Asyalı bireyler, safra kesesi taşı, kronik enflamasyon, infeksiyon, primer sklerozan kolanjit, obezite, safra kesesi polipleri, safra yolları anomalileri ve çevresel faktörler (sigara, nikel, kadmiyum, radon gazı, metildopa, izoniyazid gibi) olarak bildirilmiştir (1). Olgumuzun kadın olması ve safra kesesi taşı bulunması dışında başka bir risk faktörü saptanmadı.

Preoperatif değerlendirmede radyolojik görüntülemeler cerrahi plan açısından önemli bir role sahiptir. US safra kesesi görüntülemesinde en ideal tetkik olmakla birlikte uzman radyolog deneyimi nedeniyle subjektif niteliktedir. BT ve MRI kolanjiografi görüntülemeleri safra kesesi karsinomlarında tanı, vasküler invazyon, karaciğer invazyonu, uzak organ metastazı, lenf nodu tutulumu ve rezektabilitenin değerlendirilmesinde yüksek duyarlılık ve spesifisiteye sahiptirler (1).

Safra kesesi taşlı yüzük hücreli karsinomları kese lümeninde kitleden ziyade diffüz duvar kalınlaşması şeklinde tutulum yaptığı için cerrah tarafından farkedilemeyebilir. Literatürde bu durumun midenin taşlı yüzük hücreli karsinomunun linitis plastika tipiyle benzerlik gösterdiği bildirilmiştir (8, 9). Bu nedenle ciddi patolojik durumlar makroskopik olarak normal bir dokuda dahi bulunabileceği için tüm safra kesesi piyesleri rezeksiyon sonrası mutlaka incelenmelidir. Olgumuzda safra kesesi kronik kolesistite benzer şekilde sklerotrofik görünümündedir.

Taşlı yüzük hücreli karsinom daha çok mide, meme ve kolonda rastlanmakla birlikte tüm organlarda ortaya çıkabilir (4). Doku orijininin bağımsız olarak taşlı yüzük hücreli karsinomlar sıklıkla peritoneal yüzeylere, bölgesel lenf nodlarına, overlere ve akciğerlere metastaz yapabilen agresif tümörlerdir. Kronic ve ark. cilt, skalp ve perianal

bölgeye multiple metastazlar yapan, Humeres ve ark. ise multiple kemik metastazları yapan safra kesesi taşlı yüzük hücreli karsinom olgularını literatürde bildirmişlerdir (6,7).

Preoperatif olarak bilinen veya şüphe duyulan safra kesesi kanserlerinde laparoskopik kolesistektomi kontrendikedir. Laparoskopi esnasında şüphe duyulursa tanı frozen kesitlerle doğrulanmalı ve sonuç kanser lehine geldiği takdirde açık cerrahiye geçilerek radikal cerrahi rezeksiyon yapılmalıdır (2). Ancak cerrahi rezeksiyon kararında en önemli unsur tümörün T evresidir. Cerrahi müdahalenin amacının teknik olarak mümkün olabilecek bir küratif R0 rezeksiyonun sağlanması olduğu unutulmamalıdır. Hastalığın ileri evresinde kemoterapi veya radyoterapi denenebilir, ancak adjuvan veya neoadjuvan kemoradyoterapi uygulanmasını destekleyen veriler büyük oranda Faz II çalışmalarına dayanmaktadır ve fayda sağladığına dair hiçbir kanıt yoktur (10).

Sonuç

Safra kesesinin taşlı yüzük hücreli karsinomu nadir görülür. Laparoskopi esnasında cerrahın şüphelenmesi durumunda aynı seansta rezeksiyon planlanması gerekir çünkü safra kesesi kanserlerinde cerrahi tek kür şansı sağlayan tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Mislav R, Leonardo P, Mario K, Robert K, Marijan K, Bozo L, et al. Gallbladder Cancer. Hepatobiliary Surg Nutr 2014;3(5):221-226.
2. Lai CH, Lau WY. Gallbladder cancer-a comprehensive review. Surgeon 2008;6:101-110.
3. Jha V, Sharma P, Mandal KA. Incidental gallbladder carcinoma: Utility of histopathological evaluation of routine cholecystectomy specimens. South Asian J Cancer 2018;7(1):21-23.
4. Bazan F, Sanchez J, Aguilar G, Radosevic A, Busto M, Zuccarino F, et al. Metastatic gallbladder adenocarcinoma with signet-ring cells: A case report. J Med Case Rep 2011;14;5:458.

5. Edge SB, Byrd DR, Compton CC. AJCC Cancer Staging Manual. New York: Springer, 2010.
6. Kronic AL, Chen HM, Lopatka K. Signet-ring cell carcinoma of the gallbladder with skin metastases. *Australas J Dermatol* 2007;48:187-189.
7. Humeres P, González P, González J, Prado E, Hiplan E. Bone metastases of a gallbladder carcinoma detected by positron emission tomography/computed tomography: Case report. *Rev Med Chil* 2017;145(4):527-532.
8. Zubair Ahmad, Asim Qureshi. Primary signet ring cell carcinoma of gall bladder: report of an extremely rare histological type of primary gall bladder carcinom. *BMJ Case Rep* 2010;7:2010.
9. Agarwal S, Pandey P, Durgapal P, Krishna M. Linitis plastica like primary signet ring cell carcinoma of the gallbladder - an extremely rare variant. *Pathologica* 2016;108(4):169-174.
10. Jayaraman S, Jarnagin WR. Management of gallbladder cancer. *Gastroenterol Clin North Am.* 2010;39:331-342.