

BİR OLGU DOLAYISIYLE SAFRA KESESİ KANSERLERİ

Y. SAFFAK¹

Z. HOŞÇOKUN²

I. COŞKUN³

A. ALTAN⁴

E. GÖNEY⁵

ÖZET

T.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1984—1988 yılları arasında gerçekleştirilen 134 kolesistektomiden birinde safra kesesi kanseri tespit edilmiştir. Ameliyat öncesi tanısı oldukça güç ve прогнозu kötü olan hastalık nedeniyle ilgili literatür bilgisi gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

A CASE OF GALLBLADDER CANCER

One hundred and thirty four cholecystectomies were performed in our surgical clinic between the years 1984—1988. One of the cases turned out to be a gallbladder cancer. In relation with this case the relevant literature of the gallbladder cancer was reviewed.

GİRİŞ

Safra kesesi kanserleri bütün vücut kanserleri içerisinde ender görülenlerdir. Otopside rastlanma sıklığının % 0.34 olduğu bildirilmektedir (14). Sindirim sistemi kanserleri arasında rektum, kolon, pankreas ve mide kanserlerinden sonra beşinci sıradada safra kesesi kanserlerinin olduğu bildirilmektedir (3,8). Selim hastalıklara bağlı kolesistektomilerde safra kesesi kanseri sıklığı % 0.3 olarak saptanmıştır (1,4). Ancak otopsi olgularında bu oranın % 1.13 olduğu ileri sürülmüştür (13).

Sık rastlanmaması ve spesifik yakınmaların bulunmayışı nedeniyle ameliyat öncesi tanı konulması oldukça güçtür (11). Kliniğimizde gerçekleştirilen 134 kolesistektomiden birinde saptanan safra kesesi kanseri olgusunu, az arastlanır olması ve tanısının güçlüğü nedeniyle bu konudaki bilgileri tazelemek amacıyla bildirmeyi uygun gördük.

1 T.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Araştırma Görevlisi) EDİRNE.

2 T.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Yard. Doç. Dr.) EDİRNE.

3 T.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Araştırma Görevlisi) EDİRNE.

4 T.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Doç. Dr.) EDİRNE.

5 S.S.K. Okmeydanı Hastanesi Genel Cerrahi Servisi (Prof. Dr.) EDİRNE.

VAKA BİLDİRİSİ

A.Z., 78 yaşında, kadın (Prot. No: 2390). 3 gün önce sağ üst kadran ağrısı, bulantı ve kusması başlayan hasta, şikayetlerine sarılığın eklenmesi üzerine polikliniğimize başvurmuştur. Hastanın üç ay önce sarılık dışındaki diğer yakınmaları nedeniyle gittiği hekim tarafından üriner enfeksiyon tanısı ve tedavisi gördüğü anamnezinden öğrenilmiştir.

Fizik Muayenede; TA: 100 / 50 mmHg, Nabız: 86 / dk olarak ölçülmüştür. Palpasyonda hidrops durumundaki safra kesesinin ele geldiği ve Murphy belirtisinin pozitif olduğu saptandı. Bunun dışında karın ve sistem muayenelerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Laboratuvar incelemesinde; lökosit: 11 200 / mm³, kan üresinin : % 116 mg, serum sodyumunun: 126 mEq / L, K'un: 3,2 mEq / L, SGOT: 50 IÜ, SGPT: 90 IÜ, serum albumininin: % 2,4 gr, globulinin: % 2,8 gr, alkanen fosfotazın: 88 IÜ / L olduğu tesbit edildi. Serum bilirubinlerinde direkt bilirubinin fazla arttığı (direkt % 9,8 mg, indirekt % 1,4 mg) tesbit edildi. Protrombin zamanı: 13'' bulundu. İdrarda urobulinin (++) olduğu ve idrar sedimentinde bol bakteri, 5-6 lökosit, 7-8 epitel, 10-15 eritrosit tesbit edildi.

Yaptırılan üst karın ultrasonografik incelemesinde kese duvarının kalınlaşlığı, içerisinde multipl taşın bulunduğu, koledoğun içerisinde 1 cm çapında taş bulunduğu saptanmıştır.

Akut kolesistit ve tikanma sarılığı nedeniyle hasta ameliyat edilmiştir. Ameliyatta safra kesesinin hidrops halde olduğu ve çevre dokulara yapışmış bulunduğu ve koledoğun 2 cm kadar çapa ulaştığı gözlandı. Keseye ponksiyon yapıldığında pürülen materyel geldi. Standart kolesistektomiden sonra çıkarılan safra kesesi içerisinde multipl taşlar bulunduğu tesbit edildi. Daha sonra yapılan koledokotomide koledok içerisinde pürülen materyal ve multipl taş boşaltıldı. Koledokoduodenostomi yapılarak ameliyata son verildi.

Safra kesesinin histopatolojik incelenmesinde patolojinin adenokarsinom olduğu tümörün seroza dahil tüm katları tuttuğu tesbit edildi. Postoperatif dönemde seftriakson (5 gün, günde 4gr.IV) verilen hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastaya kemoterapi önerildi.

Hastanın kemoterapiyi kabul etmediği ve ameliyattan 10 ay sonra ve fat ettiği yakınlarından öğrenilmiştir.

Tablo 1. Safra Kesesi Kanserlerinde Evrelendirme

Evre	Kanserin Yayıldığı Doku Düzeyi
Evre I	Yalnız mukozada sınırlı
Evre II	Mukoza ve musküler tabaka
Evre III	Mukoza, müsküler tabaka ve seroza
Evre IV	Mukoza, müsküler tabaka, seroza ve kistik lenf nodülleri
Evre V	Komşuluk yolu ile metastaz yoluyla karacigere yayılma yada diğer organ metastazlarının varlığı

TARTIŞMA

Diğer vücut kanserlerinde olduğu gibi safra kesesi kanserlerinde de etyolojinin ne olduğu henüz net bir şekilde ortaya konulamamıştır. Ancak bazı gerçekler bilinmektedir: 1- Keselerinde kanser olan hastaların % 50-80 kadardında safra kesesi ya da yollarında taş da bulunmaktadır (15). Kronik kolesistit ve özellikle porselen kese denilen kese kalsifikasyonlarının kansere zemin hazırladığı savunulmaktadır (11). 2- Kesedeki iyi huylu tümörlerin maligniteye dönüşebildiği de bilinmektedir (6). Ancak iyi huylu tümörlerin malign dejeneresans gösterebilmeleri için beraberinde kesede taşın bulunmasının gereği de ileri sürülmüştür (7). 3- Nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte, ülseratif kolitisli hastalarda safra kesesi malignitesine normal populasyona göre 5-10 kez daha sık rastlanılmaktadır (11). Bu durumda olgumuzda etyolojik faktör olarak taş ve enfeksiyon sorumlu tutulabilir.

Kese kanserlerinde kansere spesifik klinik belirti genellikle yoktur (1). Sıklıkla sağ hipokondr ağrısı (% 76), sarılık (% 58), bulantı (% 32) ve kilo kaybı (% 39) gibi yakınmaların olduğu bildirilmektedir (11). Malignite kuşkusunu uyandıran belirtiler ortaya çıktığında hastalık genellikle kürabiliye sınırını aşmış durumdadır (1). Bu belirtilerin yanısıra; üretral obstrüksiyon, kortikosteroid salgılamasına bağlı yakınmalar, barsak tikanıklığı, subhepatik abse ve overyal malignite gibi atipik yakınmalar ile ortaya çıkan kese maligniteleri de bildirilmiştir (4,12,14).

Histopatolojik olarak kese kanserleri çoğunlukla adenokarsinoma olmakla birlikte nadiren epidermoid karsinomada olabilir (5,11). 49 olgu-luk bir seride 46 adet adenokarsinom ve bir epidemoidkarsinom saptanmıştır (12). Adeno kanserler papiller, tubuler, musinöz, signetcell karsinomu diye alt guruplara ayrılmaktadır (12). Tümörün tipinin прогнозu etkilediği bilinmektedir. En iyi porozun papiller adenokarsinomada olduğu bilinmektedir (11). Prognозun tayininde tümörün tipinin yanısıra klinik evresi de önemlidir (9). Sık kullanılan bir evrelendirmeye (tabloya bakınız), safra

kesesi kanserleri beş evreye ayrılmış olup en iyi прогнозun I ve II. evrelerde olduğu bildirilmektedir (4,9,12). Evre I ve II de bir yıllık yaşama oranı % 67.5 ve 5 yıllık yaşama % 22 olarak bildirilmiştir (4,12). Prognosu belirlemek için yapılan elektronmikroskopik araştırmalarda tümör hücresinin DNA'sının görünümünün прогнозu belirleyebileceği de ileri sürülmüştür (10).

Klinik evre kese kanserinde seçilecek tedaviyi belirlemektedir (9,12). Evre I ve II'de kolesistektominin yeterince kürabl olduğu anlaşılmıştır (9,12). Evre I ve II'de 40 olgunun tamamının kolesistektomi ile 5 yıl yaşadığı bildirilmiştir (9). Diğer bazı bildirilerde bu oran % 63-67 olarak saptanmıştır (5,12). Evre III ve evre IV'de прогноз iyi değildir (9,12). Bu evrede прогнозun radikal bir ameliyat ile örneğin sağ hepatik lobektomi ve lenfadenektomi ile düzeltilebileceği düşünülmektedir (9,12). Bu tabii ki patolojik incelemeden sonra ikinci bir ameliyatta olacaktır (15). Evre V'deki olgu iyice ilerlemiş kabul edilir ve küratif ameliyat sınırını çoktan aşmıştır (9,12). Bu evredeki hastalara safranın dekompressionunu sağlayıcı palyatif ameliyatlar tavsiye edilmektedir (2,12). Ek olarak kemoterapi ve radyoterapinin palyasyon sağlayacağı bildirilmektedir (2,12).

Bu durumda III. evrede olan hastamıza ikinci bir seansta radikal ameliyat yapılabildi. Ancak bu tür ikinci ameliyatlar düşük risk grubundaki hastalara önerilmektedir (12). Hastamızın yaşlı oluşu ve genel beslenme durumunun yeterli olmayışı nedeniyle ikinci bir ameliyattan kaçındık.

KAYNAKLAR

1. Adson, M.A.: *Carcinoma of the Gallbladder*. Surg Clin North Am 53: 1203—1216, 1973.
2. Atasven, A., Kutaniş, R.: *Safra kesesi ekstrahepatik safra yolu kanserlerinde hepatiko duodenal by-pass*. Ulusal Cerrahi Dergisi 1:65—67, 1986.
3. Beltz, W.R. and Condon, R.E.: *Primary Carcinoma of the gallbladders*. Ann surg. 180: 180—184.1974.
4. Bergdahl, L.: *Gallbladder Carcinoma: First Diagnosed at Microscopic examination of Gallbladders Removed for Presumed Benign Disease*. Ann Surg. 19:22, 1980.
5. Blumgart, L.H.: *Tumors of the gallbladder and bile duct. Maingot's abdominal operations*. Eighth Seymour I Schwartz, Harold Ellis. Volume two S. 2015—2044, 1985.
6. Christensen, A.H., Ishak, K.G.: *Bening tumors and pseudotumors of the gallbladder, report of 180 Cases*. Arch. Pathol. 90:423, 1970.
7. Eelkema, H.H., Hodgson, R., Stauffer, M.H.: *Fifteenyear follow up of polypoid lesions of the gallbladder diagnosed by cholecystography*. Gastroenterology, 42:144, 1962.
8. Moossa, A.R., Anagost, M., Hall, A.W., Moraldi, A., Skinner, D.B.: *The Continuing Challenge of gallbladder cancer*. J. Surg 130: 57—62, 1975.

9. Nevin, J.E., Moran, T.J., Kay, S. and King, R.: *Carcinoma of the gallbladders.* Cancer 37: 141: 148, 1976.
10. Ouchi, K., Cvada, Y., Matuno, S., Sato, T.: *Prognostic factors in the surgical treatment of gallbladder carcinoma.* Surgery 101: 731—37, 1987.
11. Piebier, M.J. and Crichtow, R.W.: *Primary carcinoma of the gallbladder.* Surg. Gynecol Obstet: 147: 929—942, 1978.
12. Roberts, J.W. and Daugherty, S.F.: *Primary Carcinoma of the gallbladder.* Surg. Clin Norts Am 6:743—49, 1986.
13. Sakok, S.E., Tringer, G.L., Garside, E.: *Carcinoma of the extrahepatic bile ducts.* Surgery, 41: 416, 1957.
14. Salma, D., and Hanemann, M.: *Adenocarcinoma of gallbladder presenting as ureteral obstruction.* Urology 15:60—62, 1985.
15. Whetstone, M.R., Saltzstein, E.C., Mercer, L.C.: *Demographic characteristics of gallbladder cancer in an Area Endemic For Biliary Calculi:* Surgery 152:728—30, 1986.