

KSANTOGRANÜLOMATÖZ KOLESİSTİT

Dr. Bülent GÜLEÇ (*), Dr. Taner YİĞİT (*), Dr. Cengizhan YİĞİTLER (*),
Dr. Yıldırım KARSLIOĞLU (**), Dr. Mutlu SAĞLAM (***),
Dr. Mehmet YILDIZ (*), Dr. Mesut PEKCAN (*)

Gülhane Tıp Dergisi 45 (2) : 209 - 212 (2003)

ÖZET

Ksantogranüloamatöz Kolesistit (KGK) kronik kolesistitlerin bir varyasyonu olarak kabul edilmektedir. Klinik seyir ve bulgular kolesistit ve kolelityazisden pek değişiklik göstermez. Safra kesesi duvarında belirgin kalınlaşma oluşturması nedeniyle ameliyat öncesi ya da ameliyat esnasında safra kesesi karsinomları ile karıştırılabilir. Ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve ameliyat esnasında frozen section tanı için kullanılacak yöntemlerdendir. Tanının bilinmesi uygulanacak cerrahi tedavinin şeklinin, büyüklüğünün planlanması ve komplikasyonların önlenmesi için önemlidir. Kolelityazis olsun ya da olmasın, kolesistektomi seçkin cerrahi tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Ksantogranüloamatöz Kolesistit, Kolelityazis, Kolesistektomi.

SUMMARY

Xanthogranulomatous Cholecystitis

It is accepted that Xanthogranulomatous Cholecystitis (XC) is a variant of chronic cholecystitis. Its clinical findings and course do not differ from cholecystitis or cholelithiasis. It may not be clearly identified from carcinoma of the gallbladder preoperatively or during the operation due to the remarkable thickness of the gallbladder wall. Ultrasonography, computed tomography, fine needle aspiration biopsy and intraoperative frozen section are the measurements used for diagnosis. The diagnosis is important in order to prevent complications and plan the types and width of surgical treatment. Cholecystectomy is the treatment of choice whether cholelithiasis is present or not.

Key Words: Xanthogranulomatous Cholecystitis, Gallstone, and Cholecystectomy.

(*) GATA Genel Cerrahi AD.

(**) GATA Patoloji AD.

(***) GATA Radyoloji AD.

Reprint Request: Dr. Bülent GÜLEÇ, GATA Genel Cerrahi AD. 06018, Etilik/ANKARA

Kabul Tarihi: 11.03.2003

GİRİŞ

Ksantogranüloamatöz kolesistit (KGK) safra kesesinin nadir görülen kronik inflamatuvar hastalığıdır. Kronik kolesistitin bir varyasyonu olarak kabul edilir. Histolojik olarak, safra kesesi duvarında belirgin ilerleyici fibrosis, lipit yüklü makrofaj birikimi ile karakterizedir. Fibrosis bazen porta hepatitis veya safra kesesinin karaciğer yatağı gibi civar dokuları içine alacak şekilde yayılım gösterir (1). Olguların bir çoğunda tabloya kolelityazis eşlik etmektedir.

Kronik kolesistitin bir varyasyonu olan hastalığın, ksantogranüloamatöz pyelonefrit ile inflamatuvar ve morfolojik yönden benzerliğini vurgulamak için ksantogranüloamatöz kolesistit deyimini kullanılmaktadır (2). Orta yaşlı kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür. Literatürde kadın erkek oranı 9,25 olarak bildirilmiştir (3). Hastalığın görülme sıklığı % 0.7 ile 1.8 arasında değişiklik göstermektedir (4). Çoğunlukla kolesistit benzeri bulguları olan ksantogranüloamatöz kolesistitin safra kesesi karsinomuyla ayırıcı tanısının yapılması önerilmektedir (5,6).

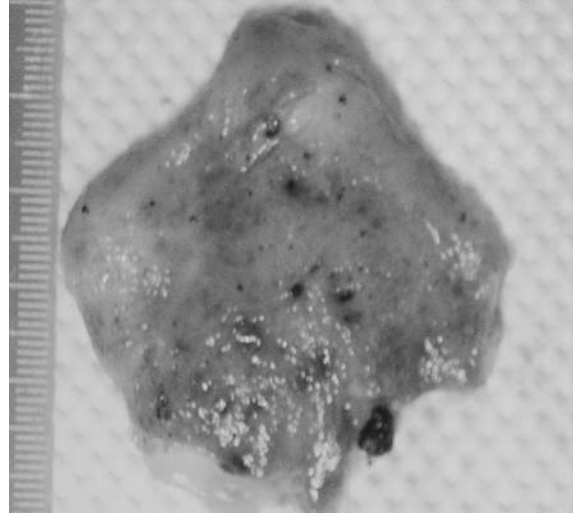
Bu makalede GATA Genel Cerrahi AD'da opere edilen ve KGK tanısı alan bir olgunun klinik bulguları literatür eşliğinde incelenmiştir.

OLGU SUNUMU

49 yaşında bayan hasta karında distansiyon ve ağrı yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede sağ hipokondriyumda derin palpasyon ile hassasiyet olması dışında belirgin patoloji saptanmadı. Arteriyel kan basıncı; 120 / 80 mmHg., nabız; 68 vuru / dakika, ritmik ve ateş; 36,5 °C idi. Hemogramında; Beyaz Küre; 5.100 / mm³, Hb; % 12,9 g., Hct; % 39 olarak saptandı. Biyokimyasal kan analizi normal sınırlardaydı. Ultrasonografide safra kesesi içinde birden fazla milimetrik taş, fundusta bir adet polipoid lezyon varlığı ve safra kesesi duvar kalınlığının 4 mm olduğu rapor edildi (Resim 1).

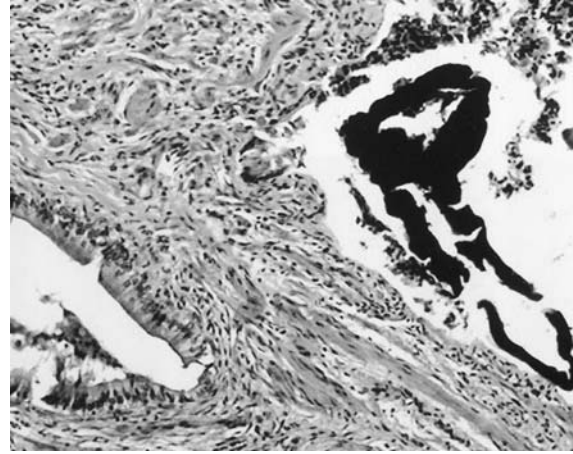


Resim 1. Ultrasonografide safra kesesi içinde birden fazla milimetrik taş, fundusta bir adet polipoid lezyon ve safra kesesi duvarında kalınlaşma gözlenmektedir.



Resim 2. Ameliyat piyesinin makroskopik görüntüsünde; mukozada yer yer siyahlaşmış nekroz alanları ve duvara gömülü siyah renkli safra taşları izlenmektedir.

Hasta kolelitiazis ön tanısıyla ameliyata hazırlandı. Ameliyatta laparoskopik yöntemle batına girildi. Batın içinin incelemesinde; daha önce geçirilmiş inflamasyonlara bağlı olduğu düşünülen, safra kesesinin çevre doku ve organlara yoğun yapışıklıklar gösterdiği saptandı ve bu yapışıklıklar açıldı. Standart teknikte operasyon tamamlandı ve laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Safra kesesinin görüntüsü oldukça fibrotik yapıda idi. Lümeni açılarak duvar yapısı değerlendirildiğinde, mukozada yer yer siyahlaşmış nekroz alanları ve duvara gömülü siyah renkli safra taşları görüldü. Ayrıca sarı - yeşil renkte mukozal odaklarla, duvarın kalın ve sert yapıda olduğu değerlendirildi (Resim 2). Ultrasonografide tanımlanan polipoid lezyon ise görülemedi. İntraoperatif değerlendirmede malign lezyon saptanamadı. Piyesin patolojik incelemesinde Rokitansky-Aschoff sinüslerinde inflamasyonla karakterize kolesistit (Ksantogranümatöz Kolesistit) olduğu raporlandı (Resim 3).



Resim 3. Ameliyat piyesinin histolojik görüntüsünde Rokitansky-Aschoff sinüslerinde inflamasyon dikkat çekmektedir. (HEX50)

TARTIŞMA

Ksantogranülatöz kolesistit, kronik kolesistitin bir varyasyonu olarak kabul edilmektedir. Patogenezi tam olarak ortaya konamamışsa da safra taşı obstrüksiyonu ve takip eden staz önemli etiyolojik faktördür (3). Safra kesesi duvarındaki inflamasyon ve obstrüksiyon ile oluşan stazı takiben safra muhtemelen mukozal ülserler ya da bütünlüğü bozulmuş Aschoff-Rokitansky sinüsü yolu ile stromal alana geçmektedir. Safra lipit içeriğinin makrofajlarca absorbe edilmesi

ile ksantoma hücreleri oluşmaktadır. Olaya fibröz reaksiyon ve skar gelişimi de eklenince bu yapı sonradan KGK oluşumuna neden olmaktadır (4,7).

Ksantogranülatöz kolesistitin ABD'de % 0,7, İngiltere'de % 1,8 ve Japonya'da % 1,2 oranında görüldüğü bildirilmektedir (1,4). Hindistan'dan Dixit ve ark. çalışmasında 30 aylık sürede yapılan 460 kolesistektomi içerisinde 41 (% 8,9) KGK olgusu bildirmiştir(3). Türkiye'de KGK insidansı ile ilgili yeterli veri bulunamamıştır. Çağlıkülekçi ve ark. 1990 - 1996 arası dönemde 14 KGK olgusu bildirmiştir(8).

Hastalığın sıklıkla orta yaşlı kadınlarda ortaya çıktığı bilinmektedir (9). Bizim olgumuz da bu gruba girmektedir. Olguların çoğunda safra kesesi lümeninde taş bulunduğu bildirilmiştir (9). Bu nedenle olguların kolelityazis nedeniyle gözden kaçırılabilmesi düşünülmektedir. Bizim olgumuzda da preoperatif ultrasonografik değerlendirmede kese lümeninde taş raporlanmış ve olgu safra kesesindeki taş nedeniyle operasyona alınmıştır. Ancak intraoperatif değerlendirmede aşırı inflamasyonun bulunması, kese duvarının düzensiz kalınlaşması dikkat çekici bulundu. Bu nedenle erken patolojik değerlendirme istendi.

Hastalığın genel semptomları kolesistit ya da kolelityazis ile benzerlik gösterir. Ana bulgu özellikle sağ üst kadranda ağrıdır. Bazı hastalarda iştahsızlık ve sağ hipokondriyumda kitle ile safra kesesi kanserini taklit edebileceği bildirilmektedir (1,3,5,6). Olgumuzda beyaz küre artışı ve ateş olmaması nedeniyle akut kolesistit düşünülmüdü. Ultrasonografide safra kesesi duvarı kalınlaşması neoplaziyi düşündürülecek düzeyde değildi. Bulgular taşlı kolesistit lehineydi. Ancak ultrasonografide safra kesesi içindeki taşların bir kısmının kese duvarına gömülü bulunması da dikkat çekiciydi.

Safra kesesi patolojilerinin tanısında radyolojik görüntüleme yöntemleri içerisinde ultrasonografi çok önemlidir. Safra kesesi duvar yapısı, lümen içeriği ve çevre doku ve organların safra kesesi ile ilişkisini ortaya koyar. Kim ve ark. KGK tanısı alan 11 hastanın USG sonuçları üzerine yaptıkları çalışmada 11 duvar kalınlaşması; 8 intramural nodül; 7 karaciğer ile kese duvarı sınırında silinme; 6 safra kesesi taşı ve 2 intrahepatik duktal dilatasyon raporlamıştır (6). Ksantogranülatöz kolesistitde ultrasonografik olarak safra kesesi duvarında diffüz ya da nodüler kalınlaşma görülmektedir. Ultrasonografi yapan kişinin bu hastalık ve tanımlanan bulgulardan haberdar olması KGK'nın preoperatif muhtemel tanıları arasına alınmasına yardımcı olacağı kanısındayız.

Ultrasonografi sonrası gerektiğinde tomografik veya anjiyografik değerlendirme istenebilir. Tomografide safra kesesi duvarında safra kesesi kanserinde olduğu gibi, lobüle, düzensiz ve ileri derecede kalınlaşmış, yer yer karaciğer ile olan sınırdaki silinmeler saptanabilir. Hepatik anjiyografide ise karsinoma için spesifik bulgu olan sistik arter stenozu ve düzensizliği görülür. Oral ve intravenöz kolanjogramda ise safra kesesinin boşalmasında yetersizlik tespit edilebilir(10). Radyolojik tetkikler yapılabilecek geniş rezeksiyon için yararlı bilgiler sağlarken ayırıcı tanıya yardımcı olmamaktadır.

Klinik ve radyolojik olarak maligniteyi taklit eden olgularda ameliyat öncesi USG eşliğinde yapılacak ince iğne aspirasyon biyopsisi, KGK ile maligniteyi

ayırt etmede oldukça yararlıdır. Sadece taşlı kolesistit bulguları ile başvuran ve ultrasonografide malign lezyon düşünülmemeyen olgularda preoperatif histopatolojik değerlendirme gereksizdir. Diğer taraftan malign olma olasılığı var fakat herhangi bir nedenle ameliyat öncesi İİAB uygulanamaz ise bu durumda ameliyat esnasında İİAB veya frozen section uygulanması önerilmektedir (5). Literatürde safra kesesinin ksantogranülatöz inflamasyonu ile karsinom gelişimi arasında ilişki olabileceği belirtildiğinden (11), sitolojik çalışmalar önemlidir. Düzensiz ve artmış inflamasyon nedeniyle biz de olgumuzda intraoperatif değerlendirme yapma ihtiyacı duyduk.

Makroskopik olarak KGK'de mukoza yüzeyinde sınırları net olmayan, sarı veya grimsi-sarı, değişik boylarda ve sayıda nodüller ile ülserasyonlar görülmektedir. Mikroskopik olarak ise nodüller ya da sınırları net olmayan odaklar halinde köpüklü histiositler, yabancı cisim dev hücreleri, kronik inflamatuvar hücreler ve vasküler alanları çevreleyen fibroblastik aktivite dikkat çekicidir(5). Bizim hastamızda da yukarıda belirtilen makroskopik ve mikroskopik bulgular mevcut idi.

Herşeye rağmen tanının ameliyat öncesi dönemde konulması zordur. Kolesistektomi; gelişebilecek fistül formasyonu, perforasyon ve malignite gelişimi gibi komplikasyonları önler. Histolojik inceleme ile malignite ekarte edilebilir. Bu nedenle kolelityazis olsun ya da olmasın kolesistektomi seçkin tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Maeda, T., Shimada, M., Matsumata, T., Adachi E., Taketomi, A., Tashiro, Y., Tsuneyoshi, M., Sueshi, K., Sugimachi, K.: *Xanthogranulomatous Cholecystitis masquerading as gallbladder carcinoma. AJG 89(4): 628-630, 1994.*
2. Goodman, Z.D., Ishak, K.G.: *Xanthogranulomatous Cholecystitis. Am J Surg Pathol 5: 653-659, 1981.*
3. Dixit, V.K., Prakash, A., Gupta, A., Pandey, M., Gautam, A., Kumar, M., Shukla, V.K.: *Xanthogranulomatous Cholecystitis. Dig Dis Sci 43(5):940-942, 1998.*
4. Roberts, K.M., Parsons, M.A.: *Xanthogranulomatous Cholecystitis: Clinicopathological study of 13 cases. J Clin Pathol 40: 412-417, 1987.*
5. Shukla, S., Krishnani, N., Jain, M., Pandey, R., Gupta, R.: *Xanthogranulomatous Cholecystitis: Fine needle aspiration cytology in 17 cases. Acta Cytol 41(2): 413-417, 1997.*

6. Kim, P.N., Ha, H.K., Kim Y.H., Lee, M.G., Kim M.H., Auh, Y.H.: US findings of Xanthogranulomatous Cholecystitis. *Clin Radiol* 53: 290-292, 1998.
7. Guo, K., Yamaguchi, K., Izumi, Y., et al.: Xanthogranulomatous cholecystitis: A clinico-pathologic study of 68 cases. *Surg Pathol* 1:241-248, 1988.
8. Çağlıküleççi, M., Atalay, F., Bayramoğlu, E., Aydoğ, G., Gündoğdu, H.: Ksantogranülatöz Kolesistit. *Gastroenteroloji* 7(1Ek): 88, 1996.
9. Fligiel, S., Levin, K.J.: Xanthogranulomatous Cholecystitis: Case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 106: 302-304, 1982
10. Hanada, K., Nakata, H., Nakayama, K., et al.: Radiologic finding in Xanthogranulomatous Cholecystitis. *AJR* 148: 727-730, 1987.
11. Moldavsky, M., Hadary, A., Turani, H.: Xanthogranulomatous Cholecystitis. *Acta Cytol* 42(4): 1050-1051, 1998.