

SAFRA KESESİ SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU; Olgu sunumu.

GALLBLADDER SQUAMOUS CELL CARCINOMA;Case report.

Serdar Kuru
Atilla Cengiz
Yusuf Akif Akgün
Mehmet Yaşar Aslanmirza
Ali Ulvi Öngören

Sağlık Bakanlığı Ankara EA Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği

J Surg Arts; 2008;1(1):39-43.

ÖZET

Yazımızda safra kesesinde skuamöz hücreli karsinom teşhis edilen bir olgunun, nadir görülmesi nedeniyle tartışılması amaçlandı. Skuamöz hücreli karsinom nadir görülmekle birlikte, diğer safra kesesi tümörleri gibi son derece agresif seyrederek uzun süreli sağkalım ancak erken tanı ile mümkündür. Bu da prognozdaki başarının erken tanı yöntemlerinin gelişmesiyle sağlanabileceğini göstermektedir. Hasta şikayetleri ve klinik muayene bulguları nonspesifik olduğundan tanı ve tedavideki altın standart öncelikle şüphelenmektir.

Anahtar kelimeler: Safra kesesi, skuamöz hücreli karsinom.

ABSTRACT

In this study, our aim was to discuss squamous cell carcinoma in gall bladder which is encountered rarely. Squamous cell carcinoma although it is seen very rarely like other carcinomas of the gall bladder, it progresses aggressively. The long survival rate is possible with early diagnosis. This is obtained with development of early diagnostic methods. Because complaints of the patient and the physical findings are nonspecific, the gold standard in diagnosis and treatment is to be always suspicious about it.

Key words: Gallbladder, squamous cell carcinoma.

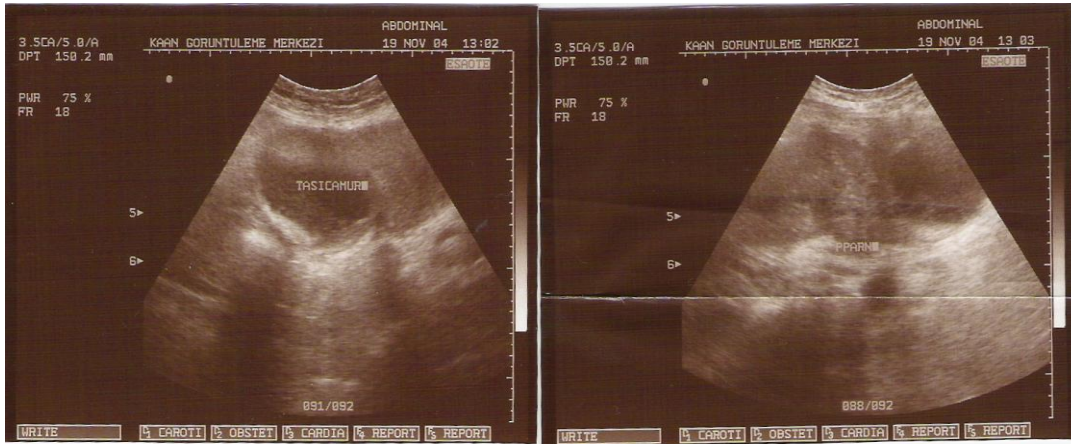
GİRİŞ

Safra kesesi kanseri ilk defa 1877'de Stoll tarafından bir otopside bulunmuştur. Az görülmesine rağmen prognozu kötüdür (1). Görüntüleme tekniklerindeki gelişmelere rağmen tanı genellikle ileri evrede veya ameliyat sırasında konulmaktadır

(2). Tüm olgular ele alındığında 5 yıllık sağkalım oranı %3-5'tir. ABD'de senede altı bin kişinin ölümüne neden olmakta ve insidansı yılda 2.5/100.000'i bulmaktadır (3). Histopatolojik olarak çoğu adenokarsinom olmakla birlikte %2-10 gibi nadir oranlarda skuamöz ve adenoskuamöz hücreli karsinomlara da rastlanmaktadır (4). Bu yazımızda, safra kesesinde skuamöz hücreli karsinom teşhis edilen bir olgunun literatür verileri ışığında tartışılması amaçlandı.

OLGU

Kliniğimize sağ üst kadranda ağrı, hazımsızlık, şişkinlik ve kilo kaybı şikâyetleriyle yatırılan 72 yaşındaki bayan hastanın fizik muayene bulguları normaldi. Laboratuvar incelemesinde ALP:180U/L (38-126), GGT:206U/L (5-36), LDH:536 (240-480), sedimentasyon hızı:159mm/s (0-15), Hgb:11.6g/dL (13,2-17,3), Hct:33,9 (39-49) bulundu. Abdominal ultrasonografide safra kesesi normalden büyük ve içerisinde milimetrik boyutta taş ekoları ve seviye veren yoğunlaşmış safra çamuru izlendi. Karaciğer sol lob medial segmentte sınırları net olarak izlenemeyen heterojen kitle görünümü izlendi. Periportal, peripankreatik ve paraaortik alanlarda çok sayıda lenfadenopati vardı (Şekil 1).



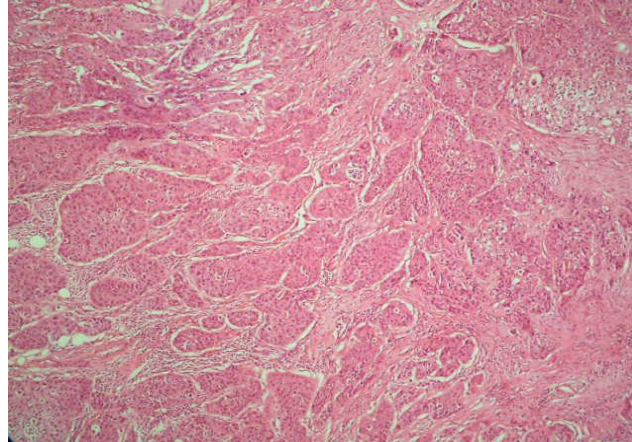
Şekil 1: Safra kesesi ve karaciğer parankiminin USG görünümü.

Karın tomografisinde safra kesesi boyutları normalden büyüktü ve içerisinde belirgin taş yada kitle saptanmadı. Konturları düzensizdi. Safra kesesi ve karaciğer ara yüzeyi seçilemedi. Karaciğer ve porta hepatis infiltrate görünümdeydi. Karaciğerden safra kesesine doğru uzanan, sağ ve sol lobun tamamına yakınına dolduran heterojen kitle mevcuttu. Perivezikal alanda minimal sıvı izlendi (Şekil 2) Öncelikle safra kesesi karsinomu olabileceği düşünülerek hastaya eksploratris laparotomi yapıldı. Safra kesesini ve karaciğerin özellikle 4., 5. ve 6. segmentlerini tutan infiltrate tümör saptandı. Tümörün porta hepatis; pankreas başına ve duodenuma

invaze olduğu anlaşıldı. Yaygın çölyak, paraaortik ve pelvik lenfadenopati mevcuttu. Bu haliyle inoperabl kabul edilerek, karaciğer sağ lobundaki kitleden wedge biyopsi yapıldı. Histopatolojik tanı skuamoz hücreli karsinom geldi (Şekil 3).



Şekil 2: Hastamızın BT'de lezyonun görünümü.



Şekil 3: Spesmenin histopatolojik görünümü.

TARTIŞMA

Safra kesesi kanserleri oldukça yaygın görülen ve prognozu kötü tümörlerdir. Bunda tümörün biyolojik davranışı, hastalık belirtilerinin geç dönemde ortaya çıkması ve benign safra kesesi hastalıklarına benzemesi nedeniyle tanının geç konmasının rolü vardır (5). Ameliyat öncesinde primer safra kesesi kanseri tanısı olguların ancak 1/3'ünde konulabilmektedir (6). Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülür (7). 50 yaşından sonra görülme sıklığı giderek artar (6). Küçük ve ark. 52 vakalık serilerinde, en sık görülen semptomları; sağ hipokondrium ağrısı (%91.4), bulantı-kusma (%37.5), sarılık (%25.4) ve kilo kaybı (%24.2) olarak tanımlamışlardır (5). Bizim hastamız da sağ hipokondrium ağrısı, hazımsızlık ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurmuştur.

Literatürde, TNM sınıflamasına göre pT1 (tümör mukoza veya muskularise sınırlı) olgularda beş yıllık sağkalım kolelistektomi ile dahi %82-100'dür. pT2 (tümör subserozaya ulaşmış, ancak serozayı aşmamış) olgularında daha radikal ameliyatlar ile vakaların %40-90'inde beş yıllık sağkalım sağlanabilmektedir. pT3 ve pT4 olgularda ise en agresif cerrahi yaklaşımlarla dahi beş yıllık sağkalım %29'da kalmaktadır. Ancak, başka bir nedenle yapılan kolelistektomi sonrası histopatolojik incelemede rastlantısal olarak saptanan erken evre kanserlerin tüm safra kesesi kanserlerinin %5-10'unu oluşturduğu bilinmektedir (6). Bizim vakamız da TNM sınıflamasına göre pT4 ve inoperabl idi. Histopatolojik tanı için karaciğer biyopsisi yapıldı.

Safra kesesi kanserleri histopatolojik olarak; adenokarsinoma (papiller, tubular, müsinöz...), skuamöz ve adenoskuamöz hücreli karsinoma, indifferansiye karsinoma ve nadir tümörler (küçük hücreli karsinomlar, sarkomlar, melanomlar ve lenfomalar) olmak üzere 4 alt gruba ayrılırlar. En çok görülen tipi %80-95 adenokarsinomlardır. Skuamöz ve adenoskuamöz hücreli karsinom %2-10; indifferansiye karsinom %2-7 oranında görülür (4). Bizim vakamızın pür skuamöz hücreli karsinom olduğu düşünülürse görülme oranı daha düşüktür.

Safra kesesi kanserleri ile safra taşı ilişkisi yıllardır tartışılmaktadır. Bizim vakamız da safra taşı ile birlikte olan skuamöz hücreli karsinomdur. Risk faktörlerinde yanlış yorumlardan kaçınmak gerekir. Bu amaçla;

Birinci nokta; safra kesesi kanserleri tek antite değildir; en az iki değişik subgruptan oluşur; ilki safra taşlarıyla birlikte olan karsinomlar (skuamöz hücreli karsinom, adenoskuamöz hücreli karsinom ve bazı adenokarsinomlar), ikincisi pankreatikobiliyer reflü, pankreatikobiliyer kanalın birleşim anomalisi ve safra kesesi adenomu ile birlikte olan karsinomlardır (papiller ve diğer bazı adenokarsinom tipleri) (4).

İkinci nokta; safra taşlarıyla ilişkili kanserlerin sadece kolesterol veya mikst taşların büyüklüğüyle değil, aynı zamanda uzun süreli temasıyla da ilişkili olduğudur (4).

Üçüncü nokta; porselen safra kesesinin bu açıdan yüksek risk taşımadığı sadece kronik kolelistitin özel bir tipi olduğudur (4).

Hastaların %80'inde komşu karaciğere ve %50'sinde portal ven, koledok ve diğer organlara (kolon, duodenum ve jejunum) infiltrasyon vardır. Bu yolla biliyer fistüller meydana gelir (1). Khaira ve ark. 1995 yılında biliyer-kolik fistül oluşturan pür skuamöz hücreli karsinomu yayınlamışlardır (8). Lenfatik yolla koledok etrafı ve çölyak lenf nodlarına yayılır. Hematojen olarak en sık periton, over ve akciğere yayılmakla birlikte nadiren organ metastazları da olabilir. Sugunama ve ark. safra kesesi skuamöz hücreli karsinomu ne-

deniyle sağ hepatik lobektomi, hepatoduodenal ligament çevresi lenf nodlarının diseksiyonu ve Roux-en Y sol hepatiko-jejunostomi uyguladıkları bir hastada postoperatif 18. ayda hematojen yolla kardiyak metastaz olduğunu yayınlamışlardır (9).

Sonuç olarak skuamöz hücreli karsinoma nadir görülmekle birlikte, diğer safra kesesi tümörleri gibi son derece agresif seyreder. Uzun süreli sağ kalım erken tanı ile mümkündür. Bu da prognozdaki başarının erken tanı yöntemlerinin gelişmesiyle sağlanabileceğini göstermektedir. Hasta şikayetleri ve klinik muayene bulguları nonspesifik olduğundan tanı ve tedavideki altın standart öncelikle şüphelenmektir.

KAYNAKLAR

1. Sanaç Y: Safra kesesi. In: Sayek İ (Ed.), Temel Cerrahi, Güneş Kitapevi. 1. Baskı, Ankara. 1991, s:943-955.
2. Sheth S, Bedford A, Chopra S: Primary gallbladder cancer: recognition of risk factors and the role of prophylactic cholecystectomy. Am J Gastroenterol 2000;95:1402-1410.
3. Jones RS: Carcinoma of the gallbladder. Surg Clin North Am. 1990;70:1419-1428.
4. Andrea C, Francesco C: Squamous-cell and non-squamous cell carcinomas of the gallbladder have different risk factors. The Lancet Oncology. 2003;4:393-394.
5. Küçük C, Erdoğan G, Güler İ, Avşaroğulları L, İkizceli İ: Safra kesesi karsinomları. Çağdaş Cerrahi Dergisi 2002;16:78-81.
6. Gençosmanoğlu R, Şad O, Kır G, İnceloğlu R: Safra kesesi kanseri: iki olgu. PTT Tıp Dergisi, 2000;22:164-170.
7. Way LW: Biliary Tract. In: Way LW (Ed.), Current Surgical Diagnosis and Treatment. 8. Baskı, Appleton and Lange, East Norwalk, 1988, s:508-512.
8. Khaira HS, Awad RW, Thompson AK: Squamous cell carcinoma of the gallbladder presentary with a biliary-colic fistula. Eur J Surg Oncol. 1995;21:581-582.
9. Suganuma M, Marugami Y, Sakurai Y ve ark.: Cardiac metastasis from squamous cell carcinoma of gallbladder J Gastroenterol. 1997;32:852-856.

İletişim: Dr. Atilla Cengiz

SB Ankara EA Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği, Ankara

E-posta: dratillacengiz@yahoo.com