

Safra kesesi karsinomunu taklit eden ksantogranülatöz kolesistit

Murat Baykara, Ö. İbrahim Karahan

M. Baykara (✉), Ö. İ. Karahan
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı,
Kayseri

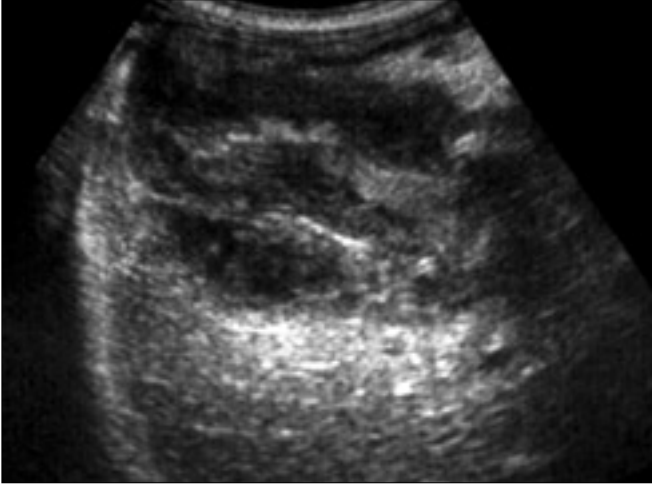
Ksantogranülatöz kolesistit kronik kolesistitin sık görülmeyen bir tipidir. Safra kesesinde belirgin ve irregüler duvar kalınlığı yapar ve genelde kolelitiazisle seyrederek. Safra kesesi hastalıklarının % 0.7-13.2'sini oluşturur. En sık olarak 60-70 yaşlarında ve çoğunlukla kadınlarda izlenir. Safra kesesi karsinomuna benzer bulgular gösterebilir (1-6). Bu yazıda ksantogranülatöz kolesistitin, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme bulguları sunulmaktadır.

Olgu bildirisi

Yetmişbeş yaşındaki erkek olgu acil polikliniğine bulantı ve kusma yakınmalarıyla başvurdu. Olgunun beş yıllık diabetes mellitus öyküsü vardı. Fizik bakıda sağ midklaviküler hatta kostal arkus altında ele gelen sert kitle saptandı. Kan şekeri düzeyi yüksekti (435 mg/dl), sedimentasyon hızı artmıştı (75 mm/saat) ve lökositoz (13.200/mm³) vardı. Diğer laboratuvar bulguları nonspesifikti. Olgunun ultrasonografik (US) incelemesinde safra kesesi lokalizasyonunda yaklaşık 62x110 mm ölçülerinde, ekojenik duvar kalınlığı yaklaşık 15 mm olan ve sant-rali hipoeoik izlenen yer kaplayıcı oluşum saptandı (Resim 1). Doppler US'de lezyon periferinde belirgin ve düşük dirençli arteryel akım izlendi. Lezyon ile karaciğer arasındaki sınır belirgin değildi. Ayrı bir safra kesesi tanımlanamadı. Safra kesesi karsinomu düşünülen olguya, doğrulama ve yayılım açısından bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemeleri yapıldı. BT incelemede, US'de tanımlanan lezyon kalın duvarlı kistik yapı görünümündeydi ve intravenöz kontrast madde (İVKM) sonrası safra kesesi duvarında kontrastlanma vardı (Resim 2). Lezyonun karaciğer ve çevre yapılar ile ara planları izlenmiyordu. MRG'de US ve BT ile tanımlananlara benzer özellikler vardı (Resim 3). Olgu safra kesesi karsinomu (SKK) ön tanısıyla opere edildi. Histopatolojik olarak ksantogranülatöz kolesistit (KGK) tanısı aldı.

Tartışma

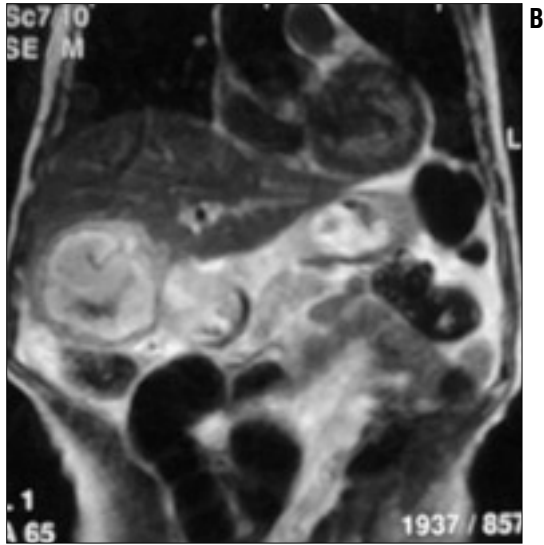
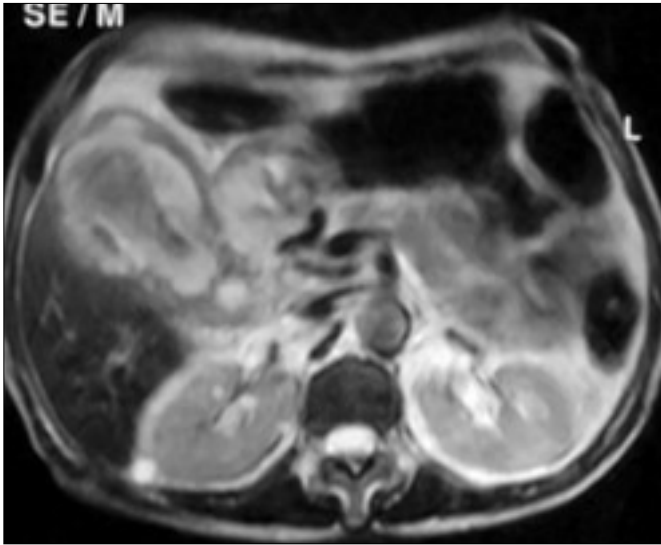
Ksantogranülatöz inflamasyon; kronik, fokal veya yaygın olabilir ve histolojik olarak büyük miktarlarda histiyosit ve akut inflamatuvar hücrelerle karakterize olan destrüktif inflamatuvar bir süreçtir. Böbrekler, tükürük bezleri, kemikler, vajina, endometriyum, mesane, mide ve safra kesesi literatürde tanımlanmış izlenme alanlarıdır (1,3).



Resim 1. Safra kesesi lokalizasyonunda belirgin duvar kalınlığı olan ve komşu karaciğerden net olarak ayrılmayan heterojen yer kaplayıcı oluşum izlenmekte.



Resim 2. Kontrastlı BT incelemede; safra kesesinde belirgin duvar kalınlaşması, düzensizlik, hidrops görünümü ve kontrastlanma izlenmektedir. Komşu karaciğer ile ara planlar yer yer izlenememektedir.



Resim 3. (A) T2 ağırlıklı aksiyel ve (B) T2 ağırlıklı koronal MRG görüntülerde safra kesesi lokalizasyonunda santrali daha az olmak üzere hiperintens heterojen yapı izlenmektedir. Lezyon ile komşu karaciğer arasındaki ara planlar her iki planda da net olarak izlenememektedir.

Ksantogranülatöz kolesistitin oluşum mekanizması yeterince açık değildir. Rokitansky-Aschoff sinüslerinin tutulumu veya mukozal küçük bir ülserin ilerlemesi sonucunda safra kesesi duvarı içerisine ekstrasvazyonunun hazırlayıcı neden olduğu düşünülmektedir. Gelişiminde, safra taşı veya safra kanal tıkanıklığının varlığı önemli rol oynar (2,5).

Fizik bakı ve laboratuvar bulguları KGK'yi diğer safra kesesi patolojilerinden ayırmada yeterli değildir. Diğer nedenlerle oluşan kolesistit durumlarıyla benzer olarak; bulantı, kusma, sağ üst kadranda ağrı, pozitif sonografik Murphy işareti ve lökositoz

olabilir (2,4).

Ultrasonografide, safra taşı ile kalın ve ekojen safra kesesi duvarı sık rastlanılan bulgular olmakla birlikte spesifik değildirler. Safra çamuru %35-50 oranında izlenir. Safra kesesi duvarında izlenen hipoekoik bantlar ve nodüller karakteristik bulgular olarak bildirilmiştir (2,6).

Safra kesesi duvar kalınlığı en sık rastlanan BT bulgusudur. Safra taşları BT ile tanımlanabilir. Kese mukozası homojen kontrast tutulumu gösterir. MRG'de de benzer bulgular izlenir. Ancak ne BT ne de MRG, KGK için spesifik bulgular göstermez (2,6).

Ksantogranülatöz kolesistitli ol-

guların %32'sinde perforasyon, apse ve fistül gibi komplikasyonlar oluşabilir. KGK, SKK ile birlikte de bulunabilir. KGK'yı SKK'dan radyolojik bulgularla ayırt etmek oldukça güçtür. Komplikasyonlarının sıklığı ve karsinomla birlikte bulunabilmesi KGK'nin erken tanısını önemli kılar. SKK'da olduğu gibi KGK'da da belirgin duvar kalınlığı görülür. İntramural nodüllerin saptanması KGK tanısına yardımcı olabilir. Komplikasyonlar genellikle akut dönemde ortaya çıkarlar (6,7).

Ksantogranülatöz kolesistitin ayırıcı tanısında, US ve BT incelemelerde kalınlaşmış kese duvarında, kese

duvar kalınlığının %60'ından fazlasını tutan hipodens nodül varlığının KGK için anlamlı olduğu saptanmıştır. Ancak akut biliyer hastalıklarda veya hiperplastik kolestazlarda (kolesterolozis ve adenomiyomatozis) da benzer görünüm oluşabileceğinden ayırıcı tanıda bu patolojiler de düşünülmelidir. Yine bu bulgunun görülmediği KGK olgularının SKK'dan ayırımı olanak dışı olabilir. BT'de kese mukozasının ve kas tabakasının birlikte oluşturduğu mukozal hattın varlığının veya yokluğunun ya da devamlılığının veya kesintiye uğramasının saptanmasının SKK ile ayırımı kullanılabileceği bildirilmiştir. SKK'da bu hattın devamlılığının %100 oranında bozulduğu KGK'da ise %64 oranında korunduğu saptanmıştır. Safra kesesi duvar kalınlığı KGK'da çoğunlukla yaygın olarak izlenir. SKK'da ise daha sık olarak fokal duvar kalınlaşması izlenmekle birlikte bu bulgu KGK'dan ayırım yapılmasını sağlayabilecek oranda değildir. SKK'da duvar kontrastlanmasının daha belirgin olduğu buna karşın KGK'da zayıf ve

heterojen izlendiği bildirilmiştir. Lenfadenopati, hepatik tutulum, biliyer obstrüksiyon ve perikolesistik infiltrasyon gibi bulguların SKK'yı KGK'dan ayırmada yardımcı olmadığı bildirilmiştir. Eşlik eden hepatik lezyonların veya lenf bezlerinin sayısı ve morfoloji bulguları ise değerli olabilir. Eğer lenf bezleri belirgin olarak büyük ve heterojen görünümlüye ve/veya çok sayıda ya da büyük ve heterojen karaciğer kitlesi varsa öncelikle SKK tanısı düşünülmelidir (4,5).

İnce iğne aspirasyon biyopsisi olguların çoğunda KGK tanısına yardımcı olabilir. Çoğunlukla SKK'dan ayırım-

lanamadığından ve SKK ile birlikte olabilirliği nedeniyle olguların hemen tamamına cerrahi uygulanır. Ayrıca, komplikasyonların gelişimi cerrahi girişim için bir başka gerekçedir (2,4,5).

Sonuç olarak KGK, SKK'yı taklit edebilen nadir bir kolesistit formudur. Safra kesesi lokalizasyonunda malign kitle bulgusu saptandığında ayırıcı tanı listesinde KGK da düşünülmelidir. Ayrıca KGK'nın, ağır olabilen komplikasyonları ve SKK ile birlikte izlenebilirliği nedeniyle malign bir patoloji olmamasına rağmen erken tanısı ve tedavisi gereklidir.

XANTHOGNANULOMATOUS CHOLECYSTITIS MIMICKING CARCINOMA OF GALLBLADDER (CASE REPORT)

Xanthogranulomatous cholecystitis is an uncommon variant of chronic cholecystitis. Xanthogranulomatous cholecystitis may best be regarded as a tumorlike condition and should be included in the differential diagnosis of gallbladder carcinoma. We present a case of xanthogranulomatous cholecystitis which mimicked carcinoma of gallbladder.

Key words: • cholecystitis • granulomatous diseases • gallbladder cancer • ultrasonography • X-ray computed tomography

Tani Girişim Radyol 2004; 10:56-58

Kaynaklar

1. Sarioğlu S, Küpeliöglü A, Çulhacı N, Özbeke A. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Ann Med Sci* 1999; 8:72-74.
2. Parra JA, Acinas O, Bueno J, Guezmes A, Fernandez MA, Farinas MC. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinical, sonographic, and CT findings in 26 patients. *AJR Am J Roentgenol* 2000; 174:979-983.
3. Roels K, Bogaert J, Van Hoe L, Vanbekevoort D, Delvaux S. Xanthogranulomatous cholecystitis associated with a xanthogranulomatous pseudotumour on the left diaphragm. *Eur Radiol* 1999; 9:1139-1141.
4. Ros PR, Goodman ZD. Xanthogranulomatous cholecystitis versus gallbladder carcinoma. *Radiology* 1997; 203:10-12.
5. Chun KA, Ha HK, Yu ES, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: CT features with emphasis on differentiation from gallbladder carcinoma. *Radiology* 1997; 203:93-97.
6. Kim PN, Lee SH, Gong GY, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: radiologic findings with histologic correlation that focuses on intramural nodules. *AJR Am J Roentgenol* 1999; 172:949-953.
7. Hanada K, Nakata H, Nakayama T, et al. Radiologic findings in xanthogranulomatous cholecystitis. *AJR Am J Roentgenol* 1987; 148:727-730.