

Porselen Kese Zemininde Safra Kesesi Kanserlerinin Nadir Görülen Varyantı; Skuamöz Hücreli Kanser

An Uncommon Variant Of Gallbladder Cancer On The Basis Of Porcelain Gallbladder; Squamous Cell Cancer

Ersen Ertekin¹, Nurdan Fidan²

1 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Departmanı, Aydın, Türkiye.

2 Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Çorum, Türkiye.

Yazışma Adresi

Nurdan Fidan,

Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü

19200, Çorum, Türkiye. e-mail: kocak_nurdan@yahoo.com

Tel. : +90 364 223 0300 Fax:0 364 223 03 23

Bu çalışma [PS-0967] **35.Ulusal radyoloji kongresinde (12-15/11/2014)** poster olarak sunulmuş olup başka herhangi bir dergide yayınlanmamıştır.

Geliş tarihi / Received: 18.10.2015

Kabul tarihi / Accepted: 03.12.2015

ÖZ

Amacımız, porselen kese zemininde skuamöz hücreli safra kesesi kanseri olgumuzun radyolojik bulgularını ve literatür eşliğinde safra kesesi kanserlerine yaklaşımı gözden geçirmektir. Safra kesesi kanserleri gastrointestinal tümörlerin 5. sıklıkta görülen, safra yollarının ise en sık görülen maligniteleridir. 6. dekad ve sonrasında, kadınlarda daha sık gözlenmektedir. Çoğu asemptomatik olmakla beraber semptomatik olanlar genellikle sağ üst kadrant ağrısı, sarılık, kilo kaybı semptomları ile başvururlar. Görüntüleme bulguları sıklık sırasına göre; kese lojunu dolduran kitle, fokal ya da diffüz duvar kalınlaşması ve luminal kitledir. En sık görülen tip (%85 üzeri) adenokarsinomdur. Geri kalanlar skuamöz/adenoskuamöz, undiferansiye ve diğer başlığı altında toplanabilir. Genellikle geç tanı konması sebebiyle prognoz kötüdür. Olguların çoğunun asemptomatik olması, semptomatik olanların diğer benign safra yolu hastalıkları ile benzerlik göstermesinden dolayı tanı gecikmektedir. Görüntüleme bulgularının iyi yorumlanması, klinik hikaye ile birleştirilerek erken tanı konması, prognozu kötü olan bu kanser tipinde sağkalıma katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Safra kesesi, Safra kesesi tümörleri, Skuamöz hücreli karsinom

ABSTRACT

Our goal is to review gallbladder cancer (GBC) approach accompanied by radiological findings of the case of squamous cell gallbladder cancer on the basis of porcelain gallbladder and the literature. GBC is the 5th most common gastrointestinal tumors and the most common malignancy of the bile ducts. GBC observed after the 6. decades and more frequently seen among females. Although most cases of asymptomatic, symptomatic ones are usually refers with right upper quadrant pain, jaundice and weight loss. Imaging findings in order of

frequency are the mass that fills the gallbladder fossa, focal or diffuse thickening of the wall and luminal polypoid mass. The most common type is adenocarcinoma (above 85%). The rest can be grouped under the title of squamous/adenosquamous, undifferentiated and the others. The diagnosis delayed, because most of the cases are asymptomatic and the symptomatic ones have similarities with other benign biliary tract diseases. Generally, the prognosis is poor due to late diagnosis. With good interpretation of imaging findings and combined with the clinical story, early diagnosis should be made and it will be contribute to the survival in this type of poor prognosis cancer.

Keywords: Gallbladder, Gallbladder Neoplasms, Squamous Cell Carcinoma

Giriş

Safra kesesi kanserleri, safra yollarının en sık, GİS kanserlerinin 5. sıklıkta görülen maligniteleridir (1-3). Safra kesesi kanserlerinin %80-90'ı adenokarsinomdur, skuamöz kanserler yalnızca %1'ini teşkil eder (1,4). Hastaların çoğunluğu asemptomatiktir ve semptomatik olanların ise diğer bilier sistem hastalıklarına benzerlik sebebiyle ayırt edilmesi zordur (2,5). Bu nedenle çoğu malign kese tümörleri unrezektable evrede tanı almaktadır. Nadir görülen skuamöz hücreli safra kesesi kanseri olgumuzun radyolojik bulgularını literatür eşliğinde gözden geçirerek kese kanserlerinin erken tanınmasını ve bu sayede prognozu oldukça kötü olan bu kanser türünde sağkalıma katkı sağlamayı amaçladık.

Olgu Sunumu

63 yaşındaki kadın hasta yaklaşık 6 aydır devam eden sağ üst kadranda ağrısı, kilo kaybı ve ateş şikayetleri ile cerrahi polikliniğimize başvurdu. Hastaya ünitemizde abdomen ultrasonografisi (US), kontrastlı batın tomografisi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. US'de hidropik porselen kese ve kese lojunu dolduran, karaciğer segment 4-7 ve 8 lokalizasyonlarına yaklaşık 6-7 cm uzanımı olan, kistik-nekrotik komponentli heterojen hipoeoik kitle lezyonu gözlemlendi (Resim 1). Portal hilusta vasküler invazyon veya safra yolu dilatasyonu

yoktu. BT ve MRG 'de porselen kese, kese lojunu doldurup karaciğer segment 4-7 ve 8'e, karaciğer dışında kolona, duodenuma ve batın ön duvarına da invaze olan, heterojen kontrast tutulumu gösteren kitle lezyonu teyit edildi (Resim 2,3,4). Patolojik boyutlu lenf nodu (LAP) saptanmadı. İnoperabl olan hastada histopatolojik tanı amacıyla biyopsi işlemi uygulandı ve patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı.

Tartışma

Bilindiği üzere safra kesesi kanserleri, safra yollarının en sık, GİS kanserlerinin 5. sıklıkta görülen maligniteleridir (1-3). En sık 6. dekad ve sonrasında görülür. Kadınlarda 3-4/1 oranında daha sık rastlanmaktadır. Predispozan faktörler arasında kolelitiazis, kronik bilier enfeksiyonlar, primer sklerozan kolanjit ve porselen kese sayılabilir (1-3). Bazı çalışmalarda taşın boyutu, bulunma süresi ve etnik faktörlerin de predispozan faktörler arasında gösterildiği dikkati çekmektedir (2,5). Yine tek büyük ve duvara impakte taş varlığının kese kanserlerinde, benign hadiselerle göre daha fazla rastlandığı belirtilmektedir (5). Bizim olgumuzda predispozan faktörlerden porselen kese ve kronik inflamasyon mevcuttu. Porselen kese, kese duvarında anormal kalsifikasyonu ifade etmekte olup kolesistektomi spesmenlerinde %0.06-0.8 sıklıkta görülmekte ve porselen kesede malignite riski %5-12 oranında artış göstermektedir (6-8).

Histopatolojik olarak safra kesesi kanserlerinin %80-90'ı adenokarsinomdur. Skuamöz kanserler %10-15 oranında görülürken bunların çoğunluğu adenoskuamöz karakterdedir. Pür skuamöz kanserler yalnızca %1'ini teşkil eder (1,4). Skuamöz kanserler adenokarsinoma göre daha hızlı ve invaziv büyüme gösterirler. Komşu organ invazyonları ve hematojen yolla karaciğer metastazları daha sıktır. Hızlı seyrine rağmen lenf nodu tutulumu ve peritoneal yayılım daha az görülür (7). Bizim olgumuz da skuamöz hücreli kanser olup komşu organ invazyonları vardı ancak büyük boyutuna rağmen lenfadenopati yada peritoneal yayılım gözlenmemekte idi.

Hastaların çoğunun asemptomatik olması, semptomatik olanların ise kolesistit, kolelitiazis ve diğer bilier sistem hastalıklarına benzerlik sebebiyle ayırt edilememesinden dolayı, erken evre safra kesesi tanısı oldukça nadirdir (2,5). Bu nedenle çoğu malign kese tümörleri lokal invazyonları ve uzak metastazlar sebebiyle bizim olgumuzda da olduğu gibi unrezektable evrede tanı almaktadır. Klinik olarak safra kesesi kanserleri sağ üst kadranda ağrısı, ateş, sarılık ve kilo kaybı semptomları göstermektedir. Bu bulgular benign safra yolu patolojilerinde de gözlenmektedir. Bu nedenle özellikle erken evre kanserler için, özellikle de komplike kolesistit ile ayırıcı tanısının yapılması oldukça önemlidir (9,10).

Tanı için kullanılan en önemli modaliteler US ve BT'dir. Görüntüleme bulguları fokal ya da diffüz duvar kalınlaşması, kese lojunda kitle, intraluminal kitledir. Eşlik edebilecek bulgular kese taşı, lokal invazyonlar, bilier dilatasyon, porselen kese ve uzak metastazlardır (2).

Ultrasonografide en sık görülen bulgular diffüz yada lokal duvar kalınlaşması, kese lojunda kitle

ve intraluminal kitledir. Özellikle ileri evrelerde diffüz duvar kalınlaşması sık görülen bulgu olmakla beraber nonspesifiktir. Ancak submukozal hipoekojenite, mural ödem gibi spesifik duvar ekojenite değişiklikleri özellikle akut yada kronik kolesistit lehine bulgulardır (4,5,9,11). Nekroza bağlı fokal intramural hipoekojeniteler ve gaza bağlı kuyruklu yıldız artefaktları amfizematöz kolesistiti akla getirmelidir (5,10). Mukozal devamlılığın fokal yada diffüz olarak bozulması safra kesesi kanserleri açısından önemli bir bulgu olarak kabul edilir (5). Kese lojunda kitle, vakaların özellikle geç evrelerinde tanı alması sebebiyle en sık görülen bulgulardandır (2). Kese lojunda lümeni dolduran heterojen hipoekoik kitle, çevre parankime invaze görünümde kitle kese kanserleri için oldukça spesifiktir (2,3,9,11). Anekoik odaklar safra yada tümör nekrozunu temsil edebilir. Ayrıca kitle içerisinde taş, porselen kese yada tümör kalsifikasyona sekonder posterior gölgelenmesi olan ekojen odaklar görülebilir (2,3). Bizim olgumuzda da kese lojunu dolduran, komşu organlara invazyonları gözlenen, nekroza bağlı anekoik alanlar barındıran heterojen hipoekoik kitle lezyonu ve porselen kese görülmekte idi (Resim 1).

BT; US'de tanımlanan bulguların teyidi, invazyonların daha iyi değerlendirilmesi ve evreleme için uygulanan en sık tetkiktir. Genellikle kontrastsız, arteriyel ve portal faz kontrastlı görüntüler elde olunur. Bu görüntülerden sagittal ve koronal düzlemlerde rekonstrüksiyonlar yapılması cerrahi planlamaya fayda sağlar. Safra kesesi kanseri kontrastsız BT'de hipodens olarak izlenir. Kontrastlı incelemede karaciğer parankimine eşit yada daha fazla kontrastlanma gösterir. Erken arteriyel fazda büyük kitlenin çevresinde irregüler heterojen kontrastlanma görülür. Portal ve geç venöz fazlarda fibröz komponentlere bağlı olarak bu kontrastlanma

devamlılık gösterir, bu özellik hepatoselüler karsinomdan ayırır (3,11). Diffüz duvar kalınlaşması non-neoplastik süreçleri, arteriyel fazda kontrast tutup portal fazda izodens yada hiperdens kalan, irregülerite ve asimetri gösteren duvar kalınlaşmaları ise kese kanserini düşündürür (3). BT ile bu bulgulara ek olarak hepatikoduodonal ligamanda kalınlaşma, pankreatikoduodonal/perikole dokal lenfadenopatiler ve özellikle karaciğere hematojen metastazlar saptanabilir (2,11).

MRG; BT'ye benzer şekilde diffüz yada fokal duvar kalınlaşması, polipoid lezyon veya kese lojunu dolduran kitle görülür. Kontraslanma özellikleri BT ile benzerlik gösterir. Kitle T1 ağırlıklı görüntülerde hipo-izointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens olarak izlenir. İnvazyonların gösterilmesinde ve evrelemede BT ile benzer doğruluk oranları göstermektedir. Safra yolu dilatasyonlarının gösterilmesinde ise BT'ye göre daha üstündür (2,3).

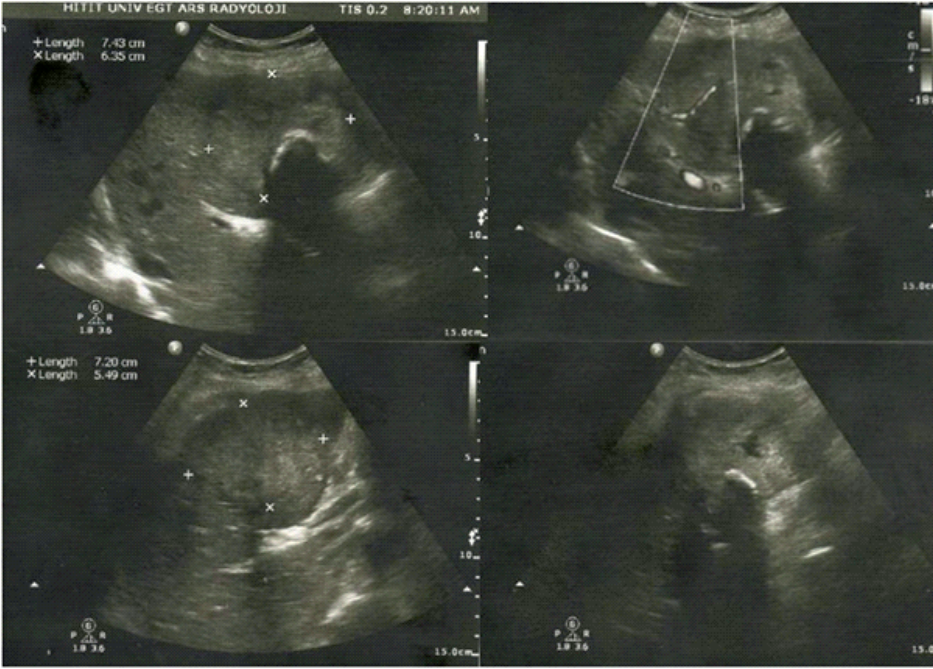
Evrelemede TNM evreleme sistemi kullanılmaktadır. Eğer tümör lamina propria ya da kas tabakası içerisinde sınırlı ise T1A yada T1B, serozaya ulaşmış ise T2, serozayı aşarak karaciğer yada diğer komşu organlardan birine invazyon gösteriyorsa T3, hepatik arter, portal ven yada çoklu organ invazyonu gösteriyorsa T4 olarak değerlendirilir. Kese komşuluğunda, portal hilusta, koledok çevresinde veya

pankreatikoduodonal yani bölgesel lenfadenopati varlığı N1, daha uzak lenf nodu tutulumları ve hematojen metastazlar ise M1 olarak yorumlanır. Bu bulgulara göre; tümör serozayı aşmamışsa evre I, serozayı aşmışsa evre IIA, bölgesel lenfadenopati varlığında evre IIB, nodal tutulumdan bağımsız olarak T4 tümörler evre III ve metastaz varlığında evre IV olarak kabul edilir.

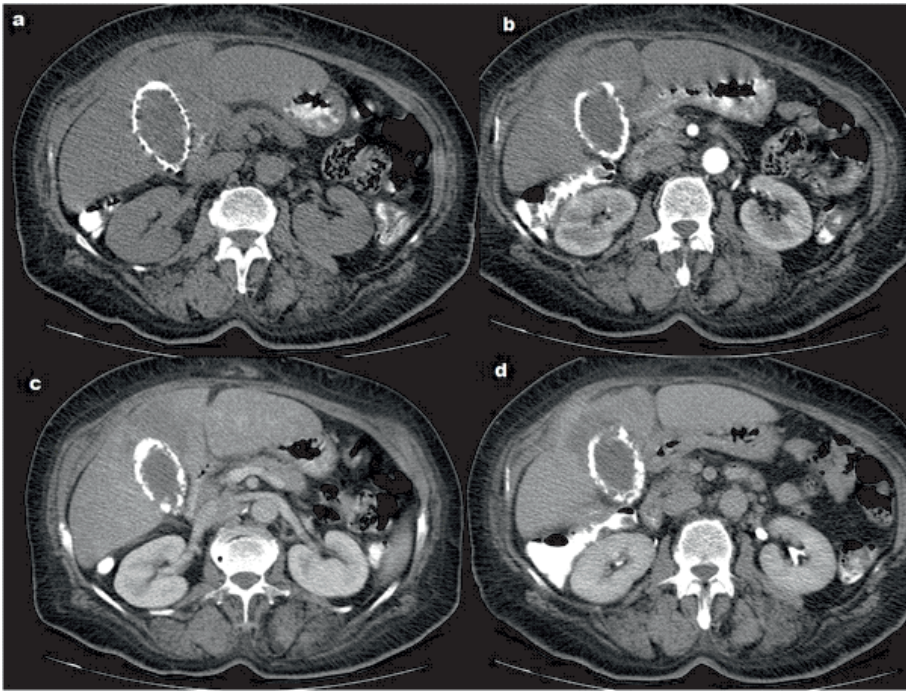
Tedavi seçeneği olarak cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonları uygulanmaktadır. Evre I, IIA ve IIB tümörlerde geniş rezeksiyonlar, evre III ve IV tümörlerde ise radikal diseksiyonlar tercih edilmektedir. Cerrahi sınır negatif olan hastalarda kemoterapi ve radyoterapi ile adjuvan tedavi eklenir. Cerrahi sınır pozitif gelen hastalar adjuvan tedaviden fayda görmezler (3). Operasyon uygulanamayacak (inoperable yada ek nedenlerle) hastalarda kemoterapi veya radyoterapi seçeneği uygulanabilir. Bu hastalarda histopatolojik tanı için perkutan biyopsi yapmak gereklidir. Prognoz; evre I-II geniş rezeksiyon uygulanmış, cerrahi sınır negatif hastalarda dahi kötü olup 5 yıllık sağkalım oranları %13 civarındadır.

Sonuç:

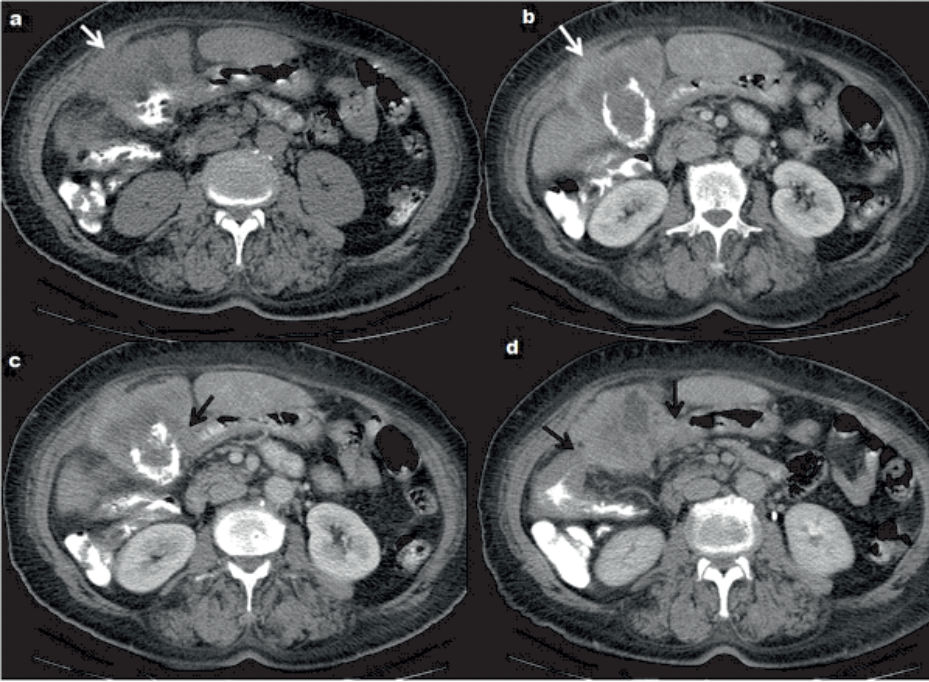
Porselen kese varlığında fokal yada diffüz duvar kalınlaşması yada kitle varlığı görüntüleme bulguları ile teyit edilmeli ve safra yolları hastalıklarının ayırıcı tanısında safra kesesi kanseri göz önünde bulundurulmalıdır.



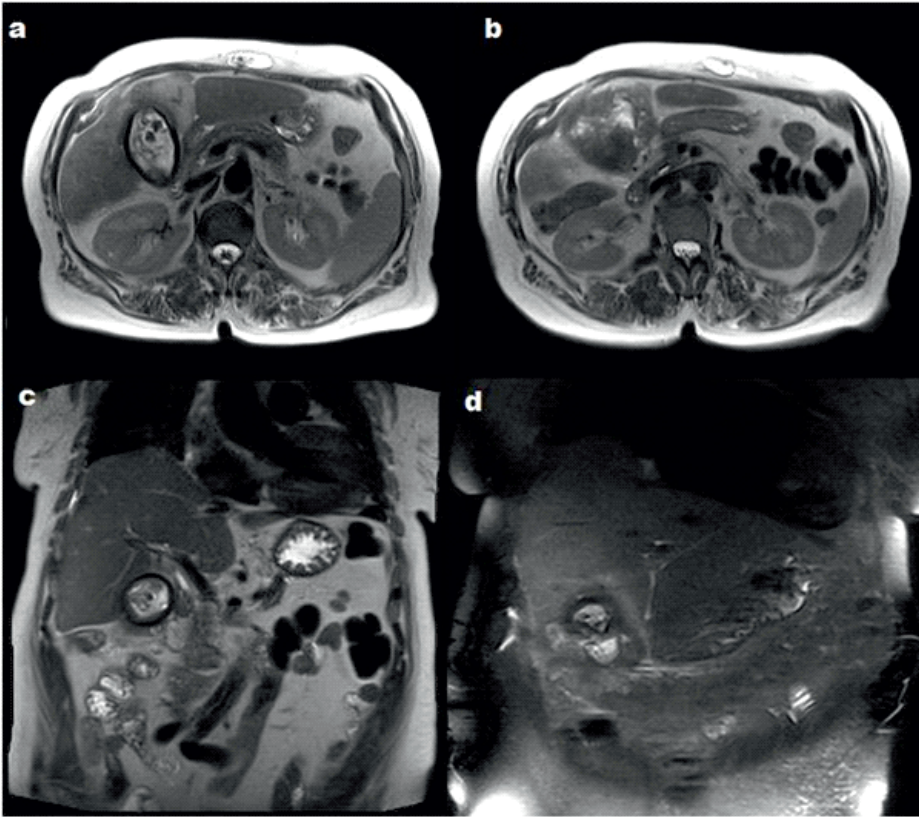
Resim 1 : Sonografik incelemede porselen kese ve kese lojunu dolduran, karaciğere invaze görünümde, kistik nekrotik komponenti olan heterojen kitle lezyonu izlenmektedir.



Resim 2 : Aksiyel dinamik abdomen BT kesitleri a)kontastsız b)arteriyel faz c)portal venöz faz d)geç faz imajlarda porselen kese, kese lojunu dolduran, karaciğer, batın ön duvarı ve duodenuma invaze, zayıf kontrast tutulumu gösteren, hafif hipodens heterojen kitle lezyonu izlenmektedir.



Resim 3 a,b,c,d : Aksiyel kontrastlı dinamik BT de daha inferior seviyeden geçen kesitlerde kistik nekrotik komponentli kitle lezyonu ile kolon ve duodenum arasında yağ planı seçilememektedir (siyah oklar) ve anteriorda kitle batın ön duvarına invaziv görünümündedir (beyaz oklar).



Resim 4 a,b,c,d : Aksiyel ve koronal T2A MR kesitlerinde porselen keseye ait halkasal hipointensite, kese komşuluğunda karaciğer parankiminde düzensiz sınırlı heterojen hiperintens lezyon alanı, kese inferiorunda kistik nekrotik komponentli heterojen kitle lezyonu izlenmektedir.

Kaynaklar:

- 1.Yadav R, Jain D, Mathur SR, Sharma A, Iyer VK. Gallbladder carcinoma: An attempt of WHO classification on fine needle aspiration material. *CytoJournal* 2013;18(10):12
- 2.Roohalamini SA, Tehrani NS, Razavi MK, Au AH, Hansen GC, Ostrzega N, Verma RC. Imagig of gallbladder carcinoma. *Radiographics* 1994;14(2):291-306
- 3.Furlan A, Ferris JV, Hosseinzadeh K, Borhani AA. Gallbladder carcinoma update: Multimodality imaging evaluation, staging and treatment options. *Am J Roentgenol* 2008; 191(5):1440-7
- 4.Kim MJ, Kim KW, Kim HC, Kim SY, Park SH, Kim AY et al. Unusual malignant tumors of the gallbladder. *Am J Roentgenol* 2006;187(2):473-80
- 5.Wibbenmeyer LA, Sharafuddin MJA, Wolverson MK, Heiberg EV, Wade TP, Shields JB. Sonographic diagnosis of unsuspected gallbladder cancer: Imaging findings in comparison with benign gallbladder conditions. *Am J Roentgenol* 1995;165(5):1169-74
- 6.Gupta S, Jauhari RK. Rare presentaiton of porcelain gallbladder: carcinoma gallbladder with a large intra-abdominal cystic swelling. *BMJ Case Rep.* 2012;12:2012
- 7.Ansari S. Porcelain gallbladder. *Indian J Gastroenterol* 2013;33(4):399
- 8.Kim JH, Kim WH, Yoo BM, Kim JH, Kim MW. Should we perform surgical management in all patients with suspected porcelain gallbladder? *Hepatogastroenterology.* 2009;56:943-5
- 9.Smathers RL, Lee JK, Heiken JP. Differentiation of complicated cholecystitis from gallbladder carcinoma by computed tomography. *Am J Roentgenol* 1984;143(2):255-9
- 10.Parra JA, Acinas O, Bueno J, Guemez A, Fernandez MA, Farinas MC. Xanthogranulomatous cholecystitis: Clinical, sonographic and CT findings in 26 patients. *Am j Roentgenol* 2000;174(4):979-83
- 11.Grand D, Horton KM, Fishman EK. CT of gallbladder: spectrum of disease. *Am J Roentgenol* 2004;183(1):163-70