

Ksantogranülatöz kolesistit: on altı olgunun sunumu

Xanthogranulomatous cholecystitis: a report of sixteen cases

Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ¹, Dr. Fuat ATALAY¹, Dr. Elmir BAYRAMOĞLU¹,
Dr. Haldun GÜNDOĞDU¹, Dr. Gülden AYDOĞ²

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği¹, Patoloji Bölümü², Ankara

ÖZET: TYİH Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde 1990 Mart 1996 Mart tarihleri arasında kolesistektomi yapılan ve ksantogranülatöz kolesistit tanısı konulan 16 olgu çalışma kapsamına alındı. 16 olgunun 10'u erkek, 6'sı kadın olup yaş ortalaması 51 olarak bulundu. Oniki olguda akut kolesistit mevcut idi. Üç olguda ksantogranülatöz kolesistit ile birlikte safra kesesi kanseri saptandı. Yapısı ve morfolojik görüntüsü ile safra kesesi kanserleri ile karışması bu lezyonun önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: **Ksantogranülatöz kolesistit, kronik kolesistit**

KSANTOGRANÜLOMATÖZ kolesistit (KGK) kronik safra kesesi inflamasyonunun nadir görülen bir formu olup, kese duvarında ciddi proliferatif fibrozis ve lipid yapılarının toplanması ile karakterizedir. Bu lezyonun önemi, yapısı ve morfolojik görüntüsü ile gerek preoperatif tetkiklerde gerekse operasyon sırasında safra kesesi kanseri ile karışmasıdır. Ksantogranülatöz odaklar sarı renkte nodul veya çizgiler göstererek kese duvarında kalınlaşmaya yol açmaktadır. Mukozal ülserasyonlar görülebilir. Etiyolojide biliyer staz ve taşla bağlı tekrarlayan iltihabi reaksiyonun rol oynadığı belirtilmektedir (1-3).

KGK'nin ilk tarif edildiği 1970 yılından beri sınırlı sayıda makale bildirilmiş ve yoğun olarak histopatolojik bulgular ortaya konulmuştur. Bu çalışmada buna ek olarak klinik, radyolojik ve operatif bulgular analiz edilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

TYİH Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde 1990 Mart-1996 Mart dönemleri arasında kolesistektomi yapılan olguların histopatolojik incelemelerinde KGK tanısı konulan 16 olgu inceleme kapsamına alındı. Olguların klinik kayıtları, radyolojik bulguları ve operasyon bulguları retrospektif ola-

SUMMARY: Sixteen xanthogranulomatous cholecystitis cases who were followed at Gastrointestinal Surgery Unit of Türkiye Yüksek İhtisas Hospital between the years of 1990 March-1996 March were included in the study. The age of the patients varied between 34 and 67 with an average of 51. Ten patients were male and 6 were female. Twelve patients suffered from acute cholecystitis. In three patients xanthogranulomatous cholecystitis coexisted with gallbladder carcinoma.

Key Words: **Xanthogranulomatous cholecystitis, chronic cholecystitis**

rak incelendi. Onaltı olgunun 10'u erkek, 6'sı kadın idi. Yaş dağılımı 34-67 arasında değişmekte olup ortalama yaş 51 olarak bulundu.

Klinik Bulgular

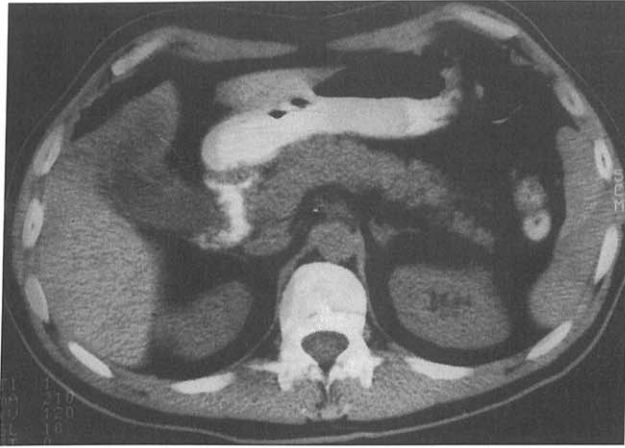
Oniki olgu akut kolesistit semptomları ile müracaat etti. Yedi olguda sağ üst kadranda kese lojuna uyan bölgede kitle saptandı. Dört olguda kilo kaybı, iştahsızlık, kusma mevcut idi.

Laboratuvar

Dört olguda sedimentasyon 40 mm/saat üstünde bulundu. Klinik olarak sarılığı olan 4 olguda bilirubin seviyeleri 3 mg/dl'nin üstünde bulundu. Bu olgularda koledokta taş saptandı. Altı olguda lökositoz, 4 olguda transaminaz ve ALP seviyeleri normalin 2 katı bulundu. Tüm olgulara ultrasonografi, 4 olguya ek olarak endosonografi yapıldı. ultrasonografide rastlanılan bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir.

Radyoloji

Altı olguya abdominal tomografi (CT) yapıldı. CT'de kese duvarı düzensiz, kalınlaşmış ve lümeni daralmış olarak izlendi. Dört olguda karaciğer parankimi ile kese arasındaki sınır silinmiş ve infiltrasyon görünümü mevcut idi (Resim 1). Endosonografide kese duvarında düzensizlik, komşu dokular ile sınırları net seçilemeyen ilişki saptandı (Resim 2).



Resim 1. Bilgisayarlı tomografi yapılan bir olgunun görünümü.

Cerrahi Tedavi

Tüm olgularda ikisi dışında taş saptandı. 2 olguya kan bilirubin ve alkalen fosfataz değerlerinin yüksek olması ve/veya koledokta taş imajı nedeni ile koledok eksplorasyonu yapıldı. Diğer iki olguya ERCP ve sfinkterotomi yapıldı. Birinde taş ekst-raksiyonu yapılamadı, bu olguya daha sonra kole-dok eksplorasyonu yapıldı.

Yedi olguda kese etrafında yoğun adezyonlar saptandı. Altı olguda kese skleroatrofik olup karaciğerde infiltratif görünüm saptandı. Üç olguda KGK ile birlikte safra kesesi kanseri görüldü.

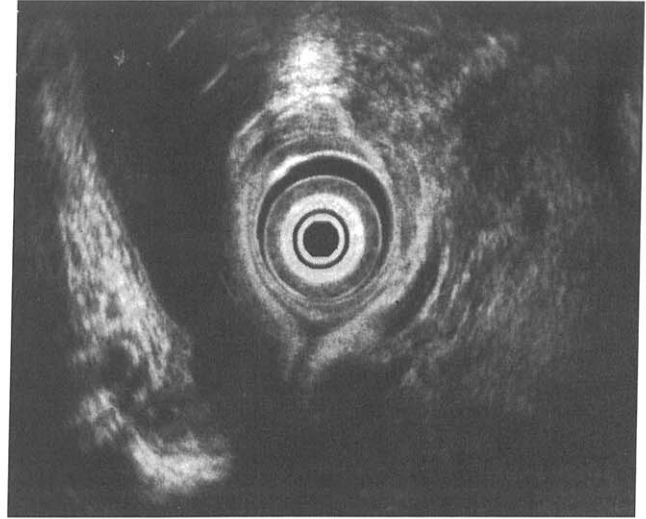
Gerek ultrasonografi ve CT, gerekse klinik olarak kanser düşünülen altı olgunun üçüne frozen yapılabildi. İkisi malign, birisi negatif olarak geldi. Olgularımızdan ölen olmadı. Hiç bir olguda postoperatif dönemde yakınma olmadı. Kanser olduğu düşünülen 6 olgunun 4'ünde kolesistektomi ile beraber kese yatağını içeren karaciğerden wedge rezeksiyon yapıldı.

Histopatolojik Bulgular

Kesitlerin incelenmesinde yüzeyde tek katlı prizmatik epitel izlenmekte, epitel altında çok sayıda büyük kitleler oluşturan ksantokromik köpüksü histiyositlerden zengin lenfoplazmositer hücre in-

Tablo 1. Olgularımızda ultrasonografik bulgular

Ultrasonografik bulgular	Sayı	%
Safre kesesi ve/veya koledokta taş	14	87.5
Safre kesesi duvarında kalınlaşma	10	62.5
Safra kesesi lojunda irregüler kitle	7	43.5
Perikolesistik abse görünümü	4	25
Kubhepatik sıvı kolleksiyon	3	19



Resim 2. Bir olgumuzun endoskopik ultrasonografisinin görünümü.

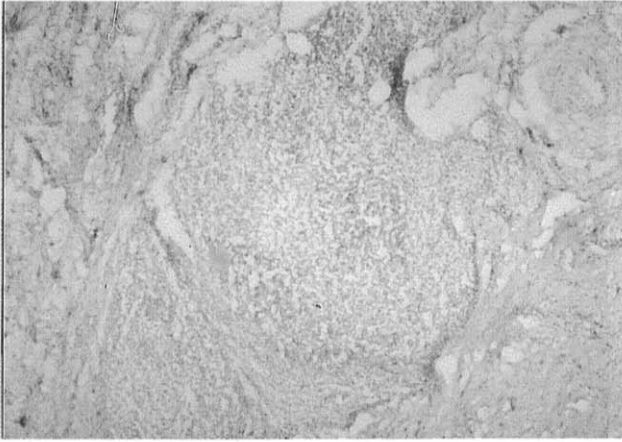
filtrasyonları tespit edildi. Köpüksü nodüller tüm kese duvarı boyunca yayılmış olarak saptandı. Üç olguda safra kesesi kanseri saptandı. Bir olguda hem ksantogranülatöz alanlar, hemde adeno kanser alanları birlikte saptandı (Resim 3a, Resim 3b).

TARTIŞMA

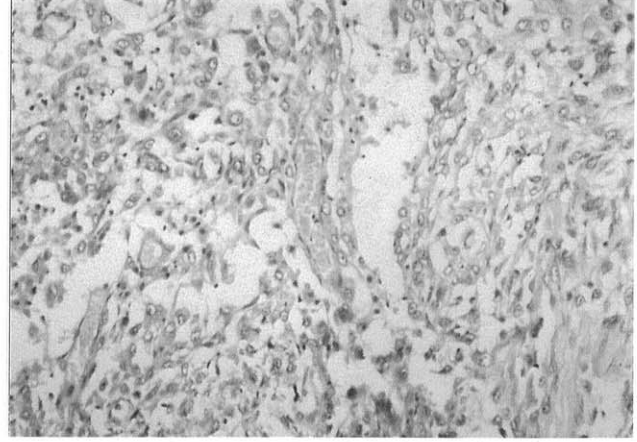
Ksantogranülatöz kolesistit safra kesesinin kronik inflamasyonunun nadir görülen bir formu olup kese duvarında makroskobik olarak; duvarda kalınlaşma ve fibrotik değişiklikler ile ortaya çıkmaktadır. Bu lezyonun tanısı son derece önemlidir. Önemi de sıklıkla safra kesesi kanseri ile karışmasıdır. Çevre dokular, karaciğer yatağı, porta hepatitis tutulumu olabilir (1,2). Rutin kolesistektomi piyeslerinde görülme insidansı %0.07 ile % 0.17 arasında değişmektedir (3). Olguların büyük bir bölümünde taş görülmektedir (4). Serimizde 14 olguda (%87.5) taş saptanmıştır.

Bazı otörler akut kolesistinin olayı başlattığını, safranin içindeki lipidlerin akut inflamasyona bağlı ülserasyonlara penetre olduğunu bildirmektedirler. Histopatolojik olarak histiyositler, lenfoplazmositer hücreler görülmektedir. İnflamatuvar yapı organize olmaya başladıkça bu hücrelerin bir kısmı değişikliğe uğramaktadır. Bu tip ksantomatöz değişiklikler safra kesesi dışında kemik, lenf nodu, akciğer, appendiks, böbrek, tüp over ve vajende görülebilmektedir (4,5). AIDS'li bir olguda Candida albicans invazyonuna bağlı KGK geliştiği bildirilmektedir (6).

KGK'de safra içindeki lipid partikülleri kese muko-



Resim 3A. Ksantogranülatöz Kolesistitte Ksantogranülatöz alanların Histopatolojik görünümü (H.Ex20)



Resim 3B. Ksantogranülatöz ve Adeno CA'nın birarada bulunduğu olguda Adeno Ca. alanlarının Histopatolojik görünümü (H.Ex100)

zasındaki mukozal makrofajlar tarafından alınmaktadır. Lipid partikülleri ve birlikte bulunan safra pigmentleri kese duvarındaki bağ dokusuna penetre olmaktadır. Lipid kromolipid şeklinde okside olmakta, makrofajların, histiyositlerin etkili olduğu inflamasyon gelişmektedir. Bu görünüme önceleri seroid histiyositik granülom veya fibrok-santomatöz kolesistit denilmekte idi. Biliyer granülatöz kolesistit olarak anılmakta olan bu patoloji ksantogranülatöz kolesistit tanımı ile bugünkü anlamına ulaşmaktadır (4,5,7).

KGK ile safra kesesi kanseri arasında lineer bir ilişkinin olacağı bildirilmektedir. İlişkinin sebebi tam açık değildir. Her iki patolojinin de kolesistit ve kolelitiazisin komplikasyonu olarak ortaya çıkabileceği bildirilmektedir. Ayrıca kanserin yaptığı doku ayrışmasının da safranin ve lipit partiküllerinin stromaya girmesine ve patolojinin ortaya çıkmasına kolaylık sağlayacağı bildirilmektedir (8,9).

Çalışmamızda üç olguda KGK ile birlikte safra kesesinde karsinom saptanmıştır. Literatürde KGK'de kanser gelişme insidansının %10-12 olduğu bildirilmektedir (3,10). Serimizde kanser görülme oranı (%19) olarak bulunmuştur.

Semptomlar akut ve kronik kolesistit ile benzerlik göstermektedir. Olgularda iştahsızlık, sağ üst kadranda ağrı, sağ hipokondriyumda kitle görülmekte ve bazen safra kesesi kanseri ile karışmaktadır. Olgularımızda bu bulgular mevcut olup, beş olguda sağ üst kadranda kitle saptandı.

Ultrasonografi, CT, endosonografi sık kullanılan tanı yöntemleri olmaktadır (7). Serimizde tüm olgulara ultrasonografi yaptırılmıştır. Sekiz olguda

kesede duvar kalınlaşması saptanmıştır (ortalama 6 mm). Olgularımızın 6'sına tomografi, 4'üne ise endosonografi yapılmıştır.

KGK'in komplikasyon oranının kronik kolesistite göre daha sık olduğu bildirilmektedir. Kese perforasyonu, safra fistülü (internal, eksternal) karaciğer absesi gelişebilmektedir. Ayrıca lokal infiltrasyon, striktür formasyonu görülmektedir(9). Serimizde bu tür komplikasyon saptamadık.

Operasyonda genellikle komşu organlara ve komşu yapılara infiltrasyon, karaciğer yatağı ve hepatoduodenal bölgeye yayılım görülmektedir. Karaciğer, ince barsak, kolon ve omentuma uzanan sarı ksantogranülatöz infiltrasyonlar görülebilmektedir. Kese duvarı irregüler ve kalın görülmektedir. Frozen hem lezyonu ortaya koymakta hem de KGK ile birlikte olası kanser odağını göstermektedir (10-12).

Tedavide kolesistektomi ve komşu ksantogranülatöz dokuların eksizyonu yapılmaktadır. Etraf organ ve dokulara fistülizasyon var ise bunlar eksize edilmektedir (11).

Serimizde kanser şüphesi olan olgularda kolesistektomiye ilave olarak karaciğere wedge rezeksiyon uygulanmıştır.

Sonuç olarak KGK safra kesesinin nadir görülen destrüktif bir iltihabıdır. Görünüm olarak kanseri taklit edebilmektedir. Tanı histopatolojik olarak koyulmaktadır. Kolesistektomi ve komşu ksantogranülatöz dokuların eksizyonu uygulanacak tedavi protokolu olmaktadır. Postoperatif yara enfeksiyonu ve septik komplikasyonların diğer olgulara göre daha sık görüleceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Roberts KM, Parsons MA. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinicopathological study of 13 cases. *J Clin Pathol* 1987; 40:412-17.
2. Benbow EW. Xanthogranulomatous cholecystitis, *Br J Surg* 1990; 77:355-6.
3. Goodman ZD, Ishak KG. Xanthogranulomatous cholecystitis *Am J Surg Pathol* 1981; 5:653-9.
4. Johnson AG, Stephenson TJ. Xanthogranulomatous cholecystitis: *J Am Coll Surg* 1995; 181:109-111.
5. Parsons MA, Haris SC, Longstaff AJ, Grainger RG. Xanthogranulomatous pyelonephritis: a pathological, clinical and aetiological analysis of 87 cases. *Diagn Histopathol* 1983; 6:203-19.
6. Brown H, Talamini M, Westra WH. Xanthogranulomatous cholecystitis due to invasive *Candida albicans* in a patient with AIDS. *Clin Infect Dis* 1996; 22:186-187.
7. Casas D, Mariscal A, Cuadras P. Xanthogranulomatous cholecystitis: a radiological study of 12 cases and a review of the literature. *Abdominal Imaging* 1966; 21: 456-60.
8. Hales MS, Miller TR. Diagnosis of xanthogranulomatous cholecystitis by fine needle aspiration biopsy: A case report. *Acta Cytol* 1987; 31:493-6.
9. Dao AH, Won SW, Adkins RB. Xanthogranulomatous cholecystitis: A clinical and pathologic study of 12 cases. *Am Surg* 1989; 55:32-35.
10. Duber C, Storkel S, Wagner PK, Muler J. Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking carcinoma of the gallbladder: CT finding. *J Comput Assist Tomogr* 1984; 8:1195-8.
11. Hanada K, Nakata H, Nakayama T, et al. Radiologic findings in xanthogranulomatous cholecystitis. *Am J Roentgenol* 1987; 148:727-30.
12. Benbow EW, Taylor PM. Simultaneous xanthogranulomatous cholecystitis and primary adenocarcinoma of gallbladder. *Histopathology* 1988; 12:672-5.