

İZMİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF İZMİR HOSPITAL TURKEY

Üç ayda bir yayınlanır

Cilt 21

Sayı 3

Temmuz-Ağustos-Eylül 2017

Sayfa 65 - 86

Sahibi

Doç. Dr. Enver İLHAN

Baş Editör

Doç. Dr. Mehmet YILDIRIM

Editör

Doç. Dr. Bülent GÜNLÜSOY

Editör Yardımcıları

Doç. Dr. Selma TOSUN

Doç. Dr. ÖZGE YILMAZ KÜSBECİ

Doç. Dr. Zeki Tuncel TEKGÜL

Op. Dr. Orhan ÜREYEN

Dergimiz Türkiye Atıf Dizini, Türk MEDLINE ve Google Scholar tarafından indekslenmektedir

Yazışma Adresi

Doç. Dr. Mehmet YILDIRIM

SB İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi

Ana bina zemin kat Bozyaka İzmir

Tel: 0232 250 50 50 / 53 43

E-posta: bozyakadergi@gmail.com

Dergi Sekreteri: Can YILDIRIM

Tel: 0 232 250 50 50 / 60 10

Derginin Kısa Adı: İzmir EAH Tıp Der.

Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri

87 Sok. No. 4 / A Bornova

☎ (0.232) 343 64 54 ✉ metabasim@gmail.com

İzmir, 2017

İZMİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF İZMİR HOSPITAL TURKEY

Üç ayda bir yayınlanır.

Cilt 21

Sayı 3

Temmuz-Ağustos-Eylül 2017

Sayfa 65 - 86

Bilimsel Kurul

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Zehra Adıbelli (Radyoloji)
Doç. Dr. Taşkın Altay (Ortopedi)
Uz. Dr. Reha Bilgin (Nöroloji)
Doç. Dr. Oktay Bilgir (Hematoloji)
Doç. Dr. Giray Bozkaya (Biyokimya)
Prof. Dr. Çetin Dinçer (Üroloji)
Doç. Dr. Muhteşem Gedizlioğlu (Nöroloji)
Doç. Dr. A. Göksel Karatepe (Fizik tedavi)
Doç. Dr. Taciser Kaya (Fizik tedavi)
Doç. Dr. Cemil Kayalı (Ortopedi)
Doç. Dr. Tuncay Küspeci (Göz)
Doç. Dr. Pınar Ortan (Nöroloji)
Doç. Dr. İsmet Parlak (Acil Tıp)
Doç. Dr. Hakan Postacı (Patoloji)
Doç. Dr. Selma Tosun (Enfeksiyon)
Doç. Dr. Adam Uslu (Genel Cerrahi)
Uz. Dr. Nuriye Uzuncan (Biyokimya)
Doç. Dr. Enver Vardar (Patoloji)
Doç. Dr. Alaattin Yurt (Beyin Cerrahisi)
Doç. Dr. Arif Yüksel (Dahiliye)

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Nilgün Araç (Nöroloji)
Prof. Dr. İbrahim Cüreklibatür (Üroloji)
Prof. Dr. Nevra Elmas (Radyoloji)
Prof. Dr. Mustafa Harman (Radyoloji)
Prof. Dr. Yasemin Kabasakal (Romatoloji)
Prof. Dr. Tayfun Kirazlı (KBB)
Prof. Dr. Mustafa Korkut (Genel cerrahi)
Prof. Dr. Taner Onat (Biyokimya)
Prof. Dr. Çağatay Üstün (Tıp Tarihi)

Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Ali Gürbüz (KDC)
Prof. Dr. Mehmet Hacıyanlı (Genel Cerrahi)

Cumhuriyet Üniversitesi

Prof. Dr. Öcal Berkan (KDC)

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Atilla Akkoçlu (Göğüs)
Prof. Dr. Tülin Berk (Göz)
Prof. Dr. Fatih Demirkan (Hematoloji)
Prof. Dr. Zeynep Gülay (Mikrobiyoloji)
Prof. Dr. Murat Örmən (Biyokimya)

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. İbrahim Çukurova (KBB)
Doç. Dr. Şükran Köse (İmmunoloji)
Doç. Dr. Özgür Öztekin (Radyoloji)

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Enver Atlas (KBB)
Doç. Dr. Murat Özkalkanlı (Anes.Rean)
Uz. Dr. M Engin Uluç (Radyoloji)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Mustafa Arıcı (Nefroloji)

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Zeliha Hekimsoy (Endokrinoloji)

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Uğur Sungurtekin (Genel Cerrahi)

Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi

Doç. Dr. Hürşit Apa (Çocuk Hast)
Doç. Dr. Canan Vergin (Çocuk Hast)

Annan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yrd. Doç Dr. E. Barış Carti (Genel Cerrahi)

İÇİNDEKİLER
(CONTENTS)

Cilt 21, Sayı 3, 2017

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAFRA KESESİ KANSERLERİNİN TANI VE TEDAVİ SORUNLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

RETROSPECTIVE EVALUATION OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE GALL BLADDER CANCER

Şafak ŞAHİN, Mehmet YILDIRIM, Ahmet Deniz UÇAR, Enver İLHAN, Serdar AYDOĞAN..... 65

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ GÖZÜYLE YAŞLILIK NASIL ALGILANIYOR?

HOW DO FAMILY MEDICINE RESIDENCIES PERCEIVE OLD AGE?

Gülşay ŞAHİN, Hülya PARILDAR..... 71

STANDART DOZ STEROİDE DİRENÇLİ KRONİK İMMÜN TROMBOSİTOPENİDE SPLENEKTOMİYE HAZIRLAYICI REJİM OLARAK YÜKSEK DOZ METİL PREDNİZOLON'UN ETKİNLİĞİ

EFFECTIVENESS OF HIGH DOSE METHYL PREDNISOLON AS STANDART DOSE STEROID-RESISTANT CHRONIC IMMUNE THROMBOCYTOPENIA SPLENECTOMY PREPARING REGIME

Ferda BİLGİR..... 77

OLGU SUNUMU

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALI HASTADA OTOİMMÜN HEMOLİTİK ANEMİ VE GASTRİK ANTRAL VASKÜLER EKTAZİ SENDROMU BİRLİKTELİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

AUTOIMMUN HEMOLYTIC ANEMIA AND GASTRIC ANTRAL VASCULAR ECTASIA SYNDROME UNION IN THE PATIENT WITH GASTROINTESTINAL SYSTEM HEMORRHAGE: A CASE REPORT

Nuri YURTMAN, Merve AKTAR, Mehmet CAMCI, Arif YÜKSEL 83

PAROKSİSMAL HEMİKORE-BALLİSMUS: OLGU SUNUMU

PAROXYSMAL HEMICHOREA-BALLISM: CASE REPORT

Özlem ÖNDER..... 87

SAFRA KESESİ KANSERLERİNİN TANI VE TEDAVİ SORUNLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

RETROSPECTIVE EVALUATION OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE GALL BLADDER CANCER

Şafak ŞAHİN¹, Mehmet YILDIRIM², Ahmet Deniz UÇAR², Enver İLHAN²,
Serdar AYDOĞAN²

¹Turgutlu Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Manisa

²SBU İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel cerrahi Kliniği, İzmir

Anahtar Sözcükler: Safra kesesi kanseri, tanı, tedavi, histopatoloji, survi

Keywords: Gall bladder cancer, diagnosis, treatment, histopathology, survival

Yazının alınma tarihi: 25.12.2017

Kabul tarihi:09.02.2018

Online Basım:24.02.2018

ÖZ

Giriş: Safra kesesi kanserleri nadir görülmekte olup, klinik olarak safra kesesinin benign hastalıklarıyla benzer semptomlar vermesi nedeniyle zor tanı konulan, tanı konulduğunda ise genelde ileri evrede saptanan kötü prognozlu tümörlerdir. Çalışmamızda safra kesesi kanserlerinde tanı ve tedavide karşılaşılabilecek sorunlar irdelendi.

Gereç ve Yöntem: İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniklerinde Şubat 1995-Haziran 2011 tarihleri arasında tedavi edilen safra kesesi kanseri olgularının retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: 12920 kolesistektomi içinde 80 (%0.6) olguda safra kesesi kanseri bulundu. Olguların 58 (%72)'i kadındı. En sık semptomlar karın ağrısı (%97), sarılık(%31), bulantı-kusma(%27) idi. 80 SKK olgusundan 43 (%53.7) tanesine ameliyat öncesi tanı konulurken 18 (%22.5)'i ameliyatta tanı almıştır. 19 (%23.7) hastaya ise kolesistektomi yapıldıktan sonra histopatolojik inceleme sonucunda tanı konulmuştur. Tüm olgulara laparotomi yapılmış olup Evre I'de 7 (%8.75) olgu, Evre II'de 16 (%20) olgu, Evre III'de 30 (%37.5) olgu, Evre IV'de 27 (%33.7) olgu saptandı. Cerrahi tedavi olarak hastalara: kolesistektomi, kolesistektomi ve değişik tipte KC rezeksiyonları, kolesitektomi ve biliyer drenaj ameliyatları, parsiyel kolesistektomi veya insizyonel biyopsi ameliyatlarından biri yapıldı. Histopatolojik olarak en sık karşılaşılan tip 69 (%86.2) olgu ile adenokarsinomdu. 13 olgu ortalama 16.8 (1-46) ayda kaybedildi.

Sonuç:Safra kesesi kanseri benzer semptomlar nedeniyle benign safra kesesi hastalıklarıyla ayırıcı tanısı yapılması gereken, gelişmekte olan tanı ve agresif tedaviye rağmen halen kısa survi ile seyreden kötü prognozlu komplike bir hastalıktır.

SUMMARY

Introduction: Gall bladder cancer is a rare disease with poor prognosis and usually diagnosed at the late stages because signs and symptoms mimic other benign disorders of gall bladder. Incidence rises in elderly and other accompanying gall bladder pathologies make diagnosis confusions. Due to rareness of the disease there is no sufficient data in the literature. We examine the probable difficulties during the diagnosis and treatment of the disease.

Material and Methods: Gall bladder cancer patients admitted to Izmir Bozyaka Training and Education Hospital between February 1995 and June 2011 were retrospectively examined based on demographic features, symptoms, coexistent diseases, diagnostic methods, preop diagnosis, surgical interventions, disease stages, histopathologic diagnosis, morbidity, mortality, follow-up and survival results.

Results: Among 12 920 cholecystectomies in between the time interval mentioned above, 80 (0,6%9 gall bladder cancer had been diagnosed. There were 58(72%) female and 22(28%) male with overall mean age of 65(24-99). Mostly abounded symptoms in decreasing order were abdominal pain (97%), jaundice (31%), nausea and vomiting (27%). All patients were undergone routine abdominal ultrasonographic evaluation and those revealed tumoral lesion at the gall bladder localisation were further examined with abdominal CT and/or MR/MRCP. Diagnosis of gall bladder cancer could be done preoperatively in 43(53,7%) cases and 8(22,5%) were diagnosed intraoperatively. Remaining 19 (23,7%) cases were diagnosed histopathologically after regular cholecystectomy. All the cases with gall bladder cancer were undergone laparotomy and 7(8,7%) cases with stage I; 16(20%) cases with stage II; 30(37,5%) cases with stageIII; 27(33,7%) with stage IV. Surgical interventions were cholecystectomy; cholecystectomy with different kinds of partial liver resections; cholecystectomy and biliary drainage procedures; partial cholecystectomy or incisional biopsy. Adenocarcinoma was dominating histopathological diagnosis with 69(86,2%) cases however 5(6,2%) adenosquamous cancer, 5(6,2%) indiffent carconoma, 1 (1,2%) squamous carcinoma cases were diagnosed so far. The number of patients reached on the phone after discharge were 22. Of them 13 were dead after average of 16,8(1-46) months and 9 patients were still alive for average of 48(4-132) months.

Conclusion: Gall bladder cancer differential diagnosis should be kept in mind due to presenting similar signs and symptoms of benign pathologies. Despite of the developments in diagnosis and aggressive treatment modalities, gall bladder cancer is still a complex disorder with short survival and poor prognosis.

GİRİŞ

Safra kesesi kanserleri (SKK) nadir görülen, geç tanı konan, kötü prognozlu tümörlerdir. Ülkemizde İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi (KİDEM) safra kesesi kanser görülme hızı İzmir'de erkeklerde 100 000 nüfus başına 0.7, kadınlarda ise 1.4 olarak hesaplanmıştır (1).

SKK tanı olanaklarının artmasına rağmen, sinsi klinik tablosu, tanı anında ileri hastalık olması, daha iyi perioperatif bakım, kür için yapılan cerrahi girişimlerinde yüksek morbidite ile seyretmesi nedeniyle halen cerrahlar için sorun olmaya devam etmektedir (2,3). Bu nedenle kliniğimizde tedavi edilen safra kesesi kanseri olguları retrospektif olarak değerlendirilerek tanı ve cerrahi tedavi planlanmasında karşılaşılan güçlükleri irdeleyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniklerinde Şubat 1995-Haziran 2011 tarihleri arasında tedavi edilen safra kesesi kanseri olgularının demografik özellikleri, semptomları, yandaş hastalıkları, tanı yöntemleri, ameliyat öncesi tanıları, cerrahi tedavileri, evreleri, histopatolojik tanıları, morbidite, mortalite ve izlem-survi sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hastanemiz Genel Cerrahi kliniklerinde belirtilen tarihler arasında 12 920 hastaya çeşitli safra kesesi patolojileri nedeniyle kolesistektomi ameliyatı yapılmıştır. Bunların arasından 80 (%0.6) olguda safra kesesi kanseri tespit edilmiş olup hastaların yaş ortalaması 65 (24-99) olarak bulunmuştur. Olgular içerisinde kadın hasta sayısı 58 (%72), kadın hastaların yaş ortalaması 65 (24-99); erkek hasta sayısı 22 (%28), erkek hastaların yaş ortalaması 64.9(37-88) idi.

Semptomlar açısından değerlendirildiğinde 78 (%97) hastada karın ağrısı, 25 (%31)

hastada sarılık, 22 (%27.5) hastada bulantı-kusma, 5 (%6) hastada kilo kaybı şikayeti mevcuttu. İki (%2.5) asemptomatik hastada önceki meme kanseri tanısı nedeniyle yapılan ultrasonografilerinde, birinde polipoid kitle, diğerinde ise safra kesesinde yumuşak doku kitlesi saptandığı için kolesistektomi yapılmıştır.

Yandaş hastalıklar açısından bakıldığında 16 hastada hipertansiyon, 9 hastada diabetes mellitus, 3 hastada kronik böbrek yetmezliği, 3 hastada konjestif kalp yetmezliği, 1 hastada astım, 1 hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 1 hastada kronik hepatit C mevcuttu. İki hasta daha önce meme karsinomu tanısı almış, tedavileri

yapılmış ve takipleri esnasında safra kesesinde tümöral kitle saptanmıştı. Bir hastada ise 1 yıl önce tanısı konulan kolon karsinomu mevcuttu.

Tüm hastalara ameliyat öncesi üst batin ultrasonografi yapılmış olup bunların 43'ünde (%53.7) safra kesesinde tümöral kitle saptanmıştır. Tümöral kitle saptanan hastalara ileri tetkikler yapılmış olup 17 (%21.5) hastaya Tüm Batin BT, 6 (%7.5) hastaya Üst batin MR-MRCP, 9 (%11) hastaya ise hem Tüm Batin BT hem de Üst batin MR-MRCP yapılmıştır.

80 SKK olgusundan 43 (%53.7)'ne ameliyat önü tanı konulurken 18 (%22.5)'i ameliyatta tanı almıştır. 19 (%23.7) hastada ise kolesistektomi materyalinin incelenmesinde tanı konulmuştur. Ameliyat öncesi safra kesesi tümörü düşünülen 43 hastanın 1 olgusu Evre I, 3 olgu Evre II, 20 olgu Evre III ve 19 olgu Evre IV olarak saptandı. Ameliyatta veya ameliyat sonrası patolojik piyeslerin incelenmesiyle tanı konulan toplam 37 hasta mevcut olup bunların içinden 19 (%23.7) hasta kolelithiazis ön tanısıyla ameliyat edildi. Evre I'de 3 olgu, Evre II'de 11 olgu, Evre III'te 3 olgu, Evre IV'te 2 olgu saptandı. 12 (%15) hasta akut kolesistit öntanısıyla ameliyat edilmiş olup Evre I'de 1 olgu, Evre III'te 7 olgu, Evre IV'te 4 olgu tespit edilmiştir. Üç (%3.75) hasta koledokolithiazis ve/veya akut kolanjit öntanısıyla ameliyat edilip Evre I'de 1 olgu, Evre IV'te 2 olgusaptanmıştır. İki (%3.75) hasta safra kesesi polipi öntanısıyla ameliyat edilmiştir. Bunlardan Evre I'de 1 olgu, Evre II'de 2 olgu saptanmıştır. Safra kesesi kanserli 80 olgu AJCC (American Joint Committee on Cancer) tarafından 1998 yılında önerilen TNM evreleme sistemine göre evrelendirilmiştir. 80 SKK olgusunun tümüne öntanılarına uygun olarak eksploratif laparotomi uygulandı.

Bunlardan 54 (%67.5) olguya kolesistektomi, 7 (%8.75) olguya kolesitektomi ile birlikte değişik tipte karaciğer rezeksiyonları (genişletilmiş kolesistektomi), 14 (%17.5) olguya kolesistektomi ile birlikte biliyer drenaj ameliyatları, 2 (%2.5) olguya parsiyel kolesistektomi ile birlikte karaciğer wedge biyopsi, 3 (%3.75) olgu ise inoperable oldukları için insizyonel biyopsi yapılabildi (Tablo 1). Kolesistektomi yapılan 54 olgunun 7'si Evre I, 15'i Evre II, 20'si Evre III, 12'si Evre IV idi. Yedi hastaya kolesistektomi ile birlikte değişik tipte karaciğer rezeksiyonları yapılmış olup Evre II'deki 1 olguya karaciğer yatak küretajı, Evre III'teki 2 olguya karaciğer yatak rezeksiyonu, Evre IV'teki 4 hastadan 3 olguya karaciğer segment 4b-5 rezeksiyonu ile birlikte lenf nodu diseksiyonu, 1 olguya ise karaciğer yatak rezeksiyonu yapılmıştır. Kolesistektomi ile birlikte biliyer drenaj ameliyatı yapılan 14 hastadan 7'si Evre III olup bunlardan üçüne koledokoduodenostomi, birer olguyada koledok wedge rezeksiyonu ve T-tüp drenajı, Roux-N-Y koledokojejunostomi, hepatikojejunostomi, hepatikojejunostomi ile birlikte transhepatik biliyer drenaj ameliyatları yapılmıştır. Evre IV'te olan 7 olgudan 4'üne koledokoduodenostomi yapılırken birer olguyada Roux-N-Y koledokojejunostomi, hepatikojejunostomi, ise T-tüp drenajı ile birlikte metastazektomi ameliyatları yapılmıştır. Evre III ve Evre IV olan birer hastaya parsiyel kolesistektomi ve karaciğerden wedge biyopsi, Evre IV olan 3 hastaya ise inoperabl olduğu için sadece insizyonel biyopsi yapılabilmıştır.

Toplam 10 (%12.5) hastada metastaz tespit edilmiş olup 7 olguda karaciğerde multipl metastaz, 1 olguda karaciğerdeki metastaz ile birlikte sağ sürrenal bezde kitle saptanmıştır. Diğer 2 olgu-

Tablo 1. Evrelere göre yapılan cerrahi tedaviler

AMELİYAT TIPLERİ	Evre I	Evre II	Evre III	Evre IV	TOPLAM	Yüzde
Kolesistektomi	7	15	20	12	54	%67.5
Kolesistektomi ve değişik tipte karaciğer rezeksiyonları	-	1	2	4	7	%8.75
Kolesistektomi ve biliyer drenaj ameliyatları	-	-	7	7	14	%17.5
Parsiyel kolesistektomi	-	-	1	1	2	%2.5
İnsizyonel biyopsi	-	-	-	3	3	%3.75

dan birinde çölyak lenf düğümünde, diğerinde ise superior mezenter arter kökü ve retroperitonda lenf düğümü metastazları mevcuttu.

Yapılan cerrahi girişimlerde 2 olguda komplikasyon olarak safra fistülü gelişmiş olup hastalardan biri 4.günde reopere edilerek sistik kanal güdüğünden kaçak tespit edilmiş ve onarılmıştır. Diğerisi ise 9. günde reopere edilmiş olup hepato-kojejunostomi anastomoz hattında safra kaçağı tespit edilmiş ve revizyon uygulanmıştır. Bir hastada ise prepylorik seviyede iyatrojenik yaralanma meydana gelmiş olup operasyon esnasında fark edilerek primer onarılmıştır. Kolesistektomi ve koledokoduodenostomi yapılan 1 olgu ise operasyondan 1 ay sonra akut kolanjit tanısıyla yatırılarak medikal olarak tedavi edilmiştir. Erken cerrahi mortalite 4 (%5) olguda gelişmiş olup, bunlardan evre 3'te olan 1 olgu safra kesesi perforasyonu öntanısıyla acil olarak ameliyata alınmış ve postop 2.saatte kardiyak arrest nedeniyle kaybedilmiştir. Diğer olgular ise Evre 4'te olup biri 4.gün solunum arresti nedeniyle, diğer 2'si ise 9.gün ve 11.günlerde multipl organ yetmezliği nedeniyle kaybedilmiştir.

Patolojik spesmenlerin makroskopik incelemesinde 55 (%68) olguda safra kesesinde tümöral kitle ile birlikte safra kesesi taşı varlığı saptandı .25 (%32) olguda ise taş olmadığı sadece safra kesesinde tümöral lezyon olduğu görüldü. Hastalara survi değerlendirilmesi için ulaşılmaya çalışıldı. 22 olguya ulaşılmış olup 13 'ünün eks olduğu ve ortalama survilerinin 16.8 (1-46) ay olduğu saptandı. Bu hastaların Evre II'de 3 olgu, Evre III'te 4 olgu, EvreIV'te 6 olgu bulunduğu tespit edildi. 9 hasta ise ortalama 48(4-132) aydır sağ olarak izlenmektedir. Evre I'de 2 hasta, Evre II'de 3 hasta, Evre III'te 2 hasta, Evre IV'te 2 hasta tespit edilmiş olup 132 ay ile en uzun surviye sahip olan hastanın ilginç olarak Evre III'te (T3 N0 M0) olduğu ve hastaya sadece kolesistektomi uygulandığı görülmüştür.

TARTIŞMA

Safra kesesi kanserlerinin bizim çalışmamızdaki sıklığı %0.6 iken literatürde kolesistektomi spesmenleri arasında %1-3 oranında saptandığı belirtilmiştir (4). Hastaların yaş ortalaması 65.2 olarak bildirilmiş olup bizim hasta grubumuzla uyumlu olup. 50 yaşından sonra görülme sıklığı

artış göstermektedir (5). Kadınlarda erkeklere oranla 2-4 kat daha fazla görülmekte olup bizim çalışmamızda yaklaşık 2.5 katıdır (6).

Olguların klinik bulguları, karın ağrısı, sarılık, bulantı-kusma ve zayıflama olup, safra kesesi ve safra yolları taşı ile karışmaktadır. Küçük ve ark. (7) 52 vakalık serilerinde, en sık görülen semptomları; karın ağrısı (%91.4), bulantı- kusma (%37.5), sarılık (%25.4) ve kilo kaybı (%24.2) olarak tanımlamışlardır. Bizim serimizde karın ağrısı (%97), bulantı-kusma (%27.5), sarılık (%31), kilo kaybı (% 6) saptanmıştır. Ancak klinik bulgular ayırıcı tanıda yardımcı olmamıştır. Safra kesesi kanseri erken dönemde ultrasonografik olarak, safra kesesi duvarında lokalize duvar kalınlaşması şeklinde tanımlanabilirler. Bu durum kronik kolesistit, adenoma, polip ve safra çamuru ile karıştırılabilmektedir (8). İleri kronik kolesistit nedeniyle opere edilen ve insidental olarak karsinom saptanan olgularda kolesistektominin yeterli olduğu bu olguların genellikle erken evre kanserler oldukları belirtilmiştir (9). Bizim olgularımızdan 19 (%23.75)'unda kanser insidental olarak saptanmıştı. Bunların 14 (%73.6)'sı evre I ve II olarak değerlendirildi.

Ameliyat öncesinde primer safra kesesi kanseri tanısı olguların ancak 1/3'ünde konulabilmektedir (5). Bu nedenle ameliyat öncesi radyolojik tetkiklerin yeri irdelenmekle birlikte tanı olguların önemli oranında konamamaktadır. Safra kesesi hastalıklarına ait yakınmaları olan olgularda ultrasonografi (USG) en sık kullanılan görüntüleme yöntemi iken safra kesesi kanserlerinde USG'nin duyarlılığı %34'dür. Bu çalışmada ise ameliyat öncesi olguların % 53.7'sinde USG'de safra kesesinde tümöral kitle görülerek primer safra kesesi kanseri düşünülerek ameliyata girilmiştir. Ayrıca rezektabilitenin tanımlanmasında yeri tartışmalıdır. Ameliyat öncesi SKK tanısı konabilirse rezeksiyona uygun olmayan olgulara gereksiz laparotomi yapılmasını önlemektedir. USG ile % 99 rezektabl olduğu düşünülen olguların ancak %46'sı rezektabl bulunmuştur. SKK'de BT'nin duyarlılığı ise % 40'tır. Erken evre (I - II)'de tanı güç iken, USG ve BT daha geç evrelerde özellikle lokorejyonal tutulum ve uzak metastazların saptanmasında önem taşımaktadır. Erken evre SKK'de ameliyat öncesi tanı zor olmakla birlikte % 10-50 olguda tanı konulabileceği bildirilmiştir (10). Tanı yöntemleriyle olguların

çoğunlukla Tip IV SKK olduğu görülmüştür (11). Karaciğerde 4 ve 5. segmentler en sık tutulanlardır. Tanı anında tümörün penetrasyon derinliği ile lenf bezi tutulumu doğru orantılıdır. Tanı konurken olguların % 36-65'inde lenf bezi tutulmuş olup %45-67' sinde karaciğere yayılım ve % 30 olguda periton metastazı saptanmıştır(12,13). Olguların % 75-90'ında birlikte safra kesesinde taş bulunmakta ise de, safra kesesinde taş bulunan olguların yalnızca % 1'inde karsinom gelişme riski mevcuttur. Safra kesesinde taş bulunması taşın irritasyonunu neden olarak gösterirken, taşsız olgularda da poliplerin, parazitlerin, safra stazına neden olan patolojilerin rolü üzerinde durulmuştur(14). Bizim çalışmamızda % 68 oranında tümöral kitle ile birlikte safra kesesi taşı tespit edilmiştir.

SKK ameliyat öncesi saptanan Evre I olgularda kolesistektomi, evre II olgularda ise genişletilmiş kolesistektomi önerilmektedir. SKK'nin 2 cm.lik salim sınırla çıkarılması yeterli bulunurken hilus tutulumunda hepatektominin kür için gerektiği vurgulanmaktadır (15). SKK'nin ameliyat sonrası saptandığı olgularda ise reoperasyon yapıp yapılmaması tartışmalıdır. Bu grupta cerrahi sınırdaki tümör varsa rezeksiyon yapılmasının yaşam süresini uzattığı bildirilmiştir (16). Geç evredeki (III- IV) olgularda ise karaciğer segmentleri ve komşu organlarının da içeren rezeksiyonlar önerilmektedir (17). Bizim çalışmamızda Evre I ve Evre II'deki toplam 23 olgudan 22'sine kolesistektomi yapılmıştır ki bunların sadece 4'ü safra kesesi tümörü öntanısıyla ameliyata alınmış olup 19'u kolelithiasis,safra kesesi polibi,akut kolesistit veya koledokolithiasis/akut kolanjit tanılarıyla ameliyat edilip insidental olarak safra kesesi kanseri tanısı konulmuşlardır. Bunlardan sadece Evre II'deki 1'ine kolesistektomi ile birlikte karaciğer yatak küretajı yapılmıştır. Ameliyatta, sistik kanal ve koledok çevresindeki birinci grup lenf bezleri diseksiyonunun yeterli olmadığı, ikinci grup lenf bezleri çıkarılırsa nüksün daha az olacağı bildirilmiştir (18). Seroza tutulması ve lenf bezi metastazları prognozu belirleyen faktörlerdir (19). Cerrahi yapılamayan olgularda 5 yıllık yaşam çok düşük iken rezeksiyon sonrası %20 dir (20). Komşu organ tutulumunda geniş eksizeyonlar prognozu iyileştirmektedirler. Geniş rezeksi-

yon yapılan Evre III SKK de %80'e varan yaşam süresi bildirilmiştir. Ancak bu grup hastalarda lenf bezi tutulumu yaşam süresine olumsuz etki yapmakta olup, N2 lenf bezi tutulumunda geniş rezeksiyonlarda bile yaşam süresi iyileşmemektedir (21). Lenf bezlerindeki mikrometastazlarında lenf kanallarının invazyonu, perinöral tutulum ve uzak organ metastazı ile ilişkili olduğu ancak yaşam süresinde primer rol oynamadığı bildirilmiştir (22). Bunun yanında ileri evre tümörlerde geniş rezeksiyonun bile yaşam süresinde yarar-sız olduğu belirtilmektedir. Küratif rezeksiyon olguların %10-30'una yapılabilmektedir. İleri evre SKK'de radikal ikinci cerrahi girişimin gerekliliği tartışmalıdır (23). İlk kolesistektomi küratif değilse rezidü tümörün yayılımı kanserin temizlenmesini olanaksız hale getirmektedir.

Bu olgularda rezeksiyon yapılsada uzun süreli sonuçlar kötüdür (24). Laparoskopik kolesistektomi kullanımı postoperatif tanı konan SKK sayısını artırmaktadır. Bununla birlikte safra kesesinin çıkarılırken açılması tümör hücrelerinin ekimine, ameliyat sahasının kontaminasyonuna neden olarak prognozu kötüleştirmektedir (25). Kolesistektomi yapılan evre II ve III olgularda 5 yıllık yaşam %0, genişletilmiş kolesistektomi olgularında ise %29 bulunmuştur. Hastaların ortalama yaşam süresi 6 ay, 5 yıllık yaşam beklentisi %4.1 ve 1 yıllık yaşam beklentisi %11.8 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise ulaşılabilen 22 vakanın ortalama yaşam süresi daha uzun bulunmuştur.

SONUÇ

Erken evre tümörlerde sağkalım oranının yüksek ve survinin uzun oluşu, aslında tüm organ kanserlerinde olduğu gibi safra kesesi kanserlerinde de prognozu iyileştirmede başarının öncelikle tanı yöntemlerindeki ilerleme ile sağlanabileceğini göstermektedir. Hastalığın evresine göre uygulanacak cerrahi tedavi şekli farklılık gösterse de günümüzde safra kesesi kanserlerinin tedavisinde cerrahi ve rezeksiyonun olası olmadığı geç evredeki olgularda ise, palyatif işlemler sürvi üzerinde etkili olmasa da hastanın yaşam kalitesini yükselten uygulamalar olarak yerini korumaktadır.

KAYNAKLAR

1. İzmir'in Kanseri Verileri. KİDEM. Web sitesi:"www.ato.org.tr/konuk/kidem/Tdoc3.htm
2. Donohue JH, Stewart AK, Menck HR. The National Cancer Data Base Report on carcinoma of the gallbladder, 1989-1995. *Cancer* 1998; 83(12):2618-28.
3. Nagakawa T, Kayahua M, Ikeda S, Futahawa S, Kahuta A, Kawarada H et al. Biliary Tract Cancer in Japan. *J Hepatobiliary Pancreas Surg* 2002;9(5):569-75.
4. Foster J. Carcinoma of the gallbladder, In: Way LW, Pellegrini CA, editors. *Surgery of the gallbladder and bile tract*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1987:p471-85.
5. Gençosmanoğlu R, Şad O, Kır G, İnceoğlu R. Safra kesesi kanseri: iki olgu. *PTT Hastanesi Tıp Dergisi* 2000; 22(3):164-70.
6. Way LW. Biliary Tract. In: Way LW, editors. *Current surgical diagnosis and treatment*. 8. Edition, East Norwalk:Appleton and Lange; 1988: p508-12.
7. Küçük C, Erdoğan G, Güler İ, Avşaroğulları L, İkizceli İ. Safra kesesi karsinomları. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 2002;16:78-81.
8. Adam A. Biliary radiology. *Current opinion in Gastroenterology* 1971; 7(5):777-83.
9. Lotze MT, Flickinger JC, Carr BI. Hepatobiliary Neoplasms. In: Devita V, Hellman S, Rosenberg S, editors. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 4th ed. Philadelphia :JB Lippincott Co; 1993: p 883-914.
10. Cubertafund P, Gainant A, Cucidal G. Surgical treatment of 724 carcinoma of the gallbladder: long-term results. *Ann Surg* 1994;219(3):275-80.
11. Wood R, Fraser LA, Brewster DH, Garden OJ. Epidemiology of gallbladder cancer and trends in cholecystectomy rates in Scotland 1968-1998. *Eur J Cancer* 2003;39(14):2080-6.
12. Lin HT, Liu GJ, Wu D, Lou JY. Metastasis of primary gallbladder carcinoma in lymph node and liver. *World J Gastroenterol* 2005;11(5):748-51.
13. Bach AM, Loring LA, Hanu LE, Illescas FF, Fong Y, Blumgart LH. Gallbladder cancer; Can ultrasonography evaluate extent of disease ?. *J Ultrasound Med* 1998;17(5):3003-9.
14. Stephan AE, Berger DL. Carcinoma in the porcelain gallbladder: a relationship revisited. *Surgery* 2001; 129(6): 699-703.
15. Egawa N, Tu Y, Kamisawa T, Amemiya K, Tsurata K, Okamoto A, Funata N. A comparative clinical study of gallbladder tubular adenocarcinoma according to the grade of differentiation. *J Gastroenterol* 2004;39(10):975-80.
16. Toyonaga T, Chijiwa K, Nakano K, Noshiro H, Sada M, Terasaka R. Completion radical surgery after cholecystectomy for accidentally undiagnosed gallbladder carcinoma. *World J Surg* 2003; 27(3):266-71.
17. Yüzer Y, Akgün E, Kılıç M, Özütemiz Ö, Yılmaz F. İleri evre safra kesesi kanserlerinde karaciger rezeksiyonuyla birlikte pankreatikoduodenektomi. *Klinik Deneysel Cerrahi* 1999; 7(1): 27-31.
18. Tasakı K, Yamamoto Y, Watanabe K, Asano T, Honda I, Watanabe S, et al. Successful treatment of lymph node metastases recurring from gallbladder cancer. *J. Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003;10(1):113-7.
19. North SH, Pade MS, Hong C, Rivera DE. Prognostic factors for adenocarcinoma gallbladder: an analysis of 162 cases. *Am Surg* 1998; 64(5):437-40.
20. Zheng SS, Liang TB, Qin YS, Zhang M, Wang WL, Shen Y et al. The long term result of management in 98 cases of gallbladder carcinomas. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* 2004;42(9):517- 9.
21. Wakabayashi H, Ishiumura K, Hashimoto N, Otani T, Kondo A, Maeta H. Analysis of prognostic factors after surgery for stage III and IV gallbladder cancer . *Eur J Surg Oncol* 2004;30(8):842-6.
22. Nagakira S, Shirai Y, Yokoyama N, Hatakayama K. Clinical significance of lymph node micrometastases in gallbladder carcinoma. *Surgery* 2001;129(6):704-13.
23. Yamamoto M, Miura K, Yoshioka M, Matsumoto M. Disease free survival for 9 years after liver resection for stage 4 gallbladder cancer: report of a case. *Surg Today* 1995; 25(8):750-3.
24. Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. The recent decline in gallbladder cancer mortality in Europe. *European Journal of Cancer Prevention* 2003; 12(4):265-7.
25. Pearlstone DB, Curley SA, Ferg BW. The management of gallbladder cancer: before during and after laparoscopic cholecystectomy. *Semin Laparasc Surg* 1998; 5(2):121-8.

Sorumlu yazar

Op. Dr. Şafak Şahin
Turgutlu Devlet Hastanesi, Manisa
Tel: 0507 9845417