

Safra Kesesi Polipoid Lezyonları

Dr. Cem TERZİ, Dr. Süleyman HENGİRMEN, Dr. Selda SEÇKİN,
Dr. Can TERZİER, Dr. Burhan BİLGİN, Dr. Mükerrerem CETE

Özet: Son 5 yılda hastanemizde yapılan 3718 kolesistektomiden 47(1.3)'sinde polipoid lezyon saptandı. Retrospektif olarak incelenen bu olguların 34 (%72)'ü benign (BPL), 13(%28)'ü malign polipoid lezyonu (MPL).

Benign hastaların yaş ortalaması, malignlerden anlamlı şekilde düşüktü. Polipoid lezyonun preoperatif tanısında ultrasonografi 18(%38) olguda başarılı oldu. Kolelitiazisin eşlik etmesi hem BPL'in hem de MPL'in tanısında ultrasonografinin sensitivitesini azalttı. 15(%32) kolesterol polipi, 12(%25) adenom, 7 (%15) adenomyomatöz hiperplazi ve 13(%28) polipoid adenokanser saptandı. BPL'in 25(%74)'i, MPL'in 11 (%85)'i soliterdi. BPL'dan 4 (%12)'ünün oysa, MPL'dan 12(%93)'sinin çapı 10 mm'den büyüktü. MPL'un çapı ile safra kesesi duvarındaki invazyon derinliği arasında anlamlı korelasyon saptandı. Bulguların yorumlanması ile şu sonuçlara ulaşıldı: 1. Asemptomatik kolelitiazis olgularında özellikle 60 yaşın üstünde olan hastaların cerrahiye verilmeyip izlenmeleri kararından önce rezolüsyon gücü yüksek bir ultrasonografi ile polipoid lezyonun eşlik edip etmediği titizlikle araştırılmalıdır. 2. 10 mm'den büyük polipoid lezyonlarda kolelitiazisin eşlik edip etmediğine, ya da semptom olup olmadığına bakılmaksızın kolesistektomi yapılmalıdır. 3. 10 mm'den küçük polipoid lezyon içeren asemptomatik veya akalkülöz olgularda, hasta 60 yaşın üstünde ve lezyon soliter ise kolesistektomi yapılabilir.

Summary: POLYPOID LESIONS OF GALLBLADDER

In 3718 patients undergoing cholecystectomy in our hospital within last 5 years, polypoid lesions were present in 47 (1.3%) gallbladders. 34 benign (72%) and 13 (28%) malignant polypoid lesions were reviewed retrospectively.

The mean age of patients with benign lesions was significantly lower than the mean age of those with malignant lesions. In 18 (38%) patients, polypoid lesions were correctly diagnosed preoperatively by ultrasonography. The presence of gallstones decreased the sensitivity of ultrasonography in diagnosing both benign and malignant polypoid lesions. Cholesterol polyp was found in 15(32%), adenoma was found in 12(25%), adenomatous hyperplasia was found in 7(15%) and polypoid adenocarcinoma was found in 13(28%). 25 (74%) of benign polypoid lesions and 11 of malignant were solitary. Four (12%) of benign polypoid lesions and 12 (93%) of malignant polypoid lesions were over 10 mm in diameter. A significant correlation was found between the diameter of malignant polypoid lesions and the depth of invasion at gallbladder wall.

The following results were reached by evaluating the findings. 1. Asymptomatic patients with gallstones, especially those over 60 years, should be examined meticulously by ultrasonography with high resolution in order to reveal the co-existence of polypoid lesion before the decision of follow-up is given. 2. Cholecystectomy should be performed in patients with polypoid lesions over 10 mm in diameter regardless of the presence or absence of gallstones or symptoms. 3. Cholecystectomy could be performed in those with polypoid lesions less than 10mm in diameter if the patients are over 60 years of age and the lesion is solitary.

Anahtar kelimeler: Safra kesesi, polipoid lezyon, kolesistektomi.

Key words: Gallbladder, polypoid lesion, cholecystectomy.

Safra kesesinin polipoid lezyonları oldukça ender görülen patolojiler olduklarından bu konuda bilgi birikimi kısıtlıdır. İnvaziv olmayan görüntüleme yöntemlerinin özellikle ultrasonografinin yaygın kullanımı ile bu polipoid tümörlere daha sık ve kolay tanı konulmaktadır.

Safra kesesinin polipoid tümörleri genellikle benign bazen de maligndir. Ayrıca bazı benign polipoid tümörlerin premalign olduğu düşünülmektedir (1,2,3). Safra kesesi kanserlerinin tüm gelişmelere rağmen erken tanı ve etkin tedavileri henüz olanaklı değildir. Oysa safra kesesi erken karsinomalarının %80'inden daha fazlası polipoid gelişim gösterirler. Bunların çoğunda basit kolesistektomi ile küratif tedavi olanaklıdır (2). Safra kesesi polipoid lezyonlarında karsinoma riskinin tanımlanması ve kolesistektomi endikasyonlarının saptanması ile safra kesesi kanserlerinin prognozunda iyileşme sağlanabilir.

Bu çalışmada, 47 kolesistektomi materyalinde saptanan polipoid lezyonlar çeşitli açılardan incelendi. Hastalar benign ve malign polipoid lezyonlar olarak iki grup halinde ele alındı. Spesifik klinikopatolojik bulguların ve operasyon endikasyonlarının saptanması amaçlandı.

HASTALAR ve YÖNTEM

Ankara Numune Hastanesinde 1988-1993 yılları arasında 3718 hastaya kolesistektomi yapıldı. Bunlardan 47(%1.3)'sinde safra kesesi polipoid lezyonu saptandı. Bu hastalar yaş, cinsiyet, klinik veriler, preoperatif tanı yaklaşımları ve patolojik özellikleri açısından retrospektif olarak incelendi. Patoloji preparatlarının tümü sınıflandırma amacıyla aynı patolog tarafından yeniden incelendi. Benign polipoid lezyonlar Christensen'in, malign polipoid lezyonlar ise Japon Biliyer Cerrahi Topluluğu'nun safra kesesi tümörleri sınıflandırmaları kullanılarak isimlendirildi (1,4). İstatistiksel analizler için Pearson Chi-square ve T değerlendirme testleri kullanıldı.

SONUÇLAR

3718 kolesistektomi materyalinin 47(%1.3)'sinde makroskopik olarak polipoid lezyon saptandı. Bunlardan 34(%72)'ü benign, 13(%28)'ü maligndi.

Benign polipoid lezyonlu hastaların; 24(%71)'ü kadın, 10(%29)'u erkekti. Bu grubun yaş ortalaması 48.35(en küçük 31-en büyük 75) olarak bulundu. Kadınların ortalama yaşı; 46.21, erkeklerin ortalama yaşı, 53.50 idi. Malign polipoid lezyonlu hastaların; 11 (%85)'i kadın, 2(%15)'si erkekti. Bu grubun yaş ortalaması; 61.23 (en küçük 48-en büyük 75) olarak bulundu. Kadınların ortalama yaşı; 59.64, erkeklerin ortalama yaşı 70 idi. Malign polipoid lezyonlu hastaların %77'si 60 yaşın üstünde oysa benign polipoid lezyonlu hastaların %76'sı 60 yaşın altındaydı. Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo I'de görülmektedir. Benign polipoid lezyonlu hastaların yaş ortalaması malignlerden anlamlı şekilde düşüktü ($p < 0.05$). İki grup arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

47 hastadan 44 (%94)'ü semptomatik, 3(%6)'ü asemptomatikti. Benign lezyonlu hastaların 31 (%91)'i semptomatik, 3(%9)'ü asemptomatik iken malignlerin hepsi semptomatikti. Semptom verme açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). 47 olgunun 17(%36)'sinde sadece polipoid lezyon, 30(%64)'unda polipoid lezyon ve kolelitiazis saptandı. Sadece polipoid lezyon içeren hastalardan 14(%82)'ü, polipoid lezyon ve taş içeren hastaların hepsi semptomatikti ve aralarında istatistiksel anlamlılık gösteren fark bulunmadı ($p > 0.05$). Buna rağmen, tüm hastalar arasında asemptomatik 3 olgunun üçü de benign polipoid lezyon grubunda olup kolelitiazis eşlik etmiyordu. Tablo II'de hastalar patolojik tanı, taşın eşlik etmesi ve semptom varlığı açısından ele alınmıştır.

Semptomatik 44 olgunun tümünde karın ağrısı yakınması vardı. Hastaların 31 (%70)'inde ağrı 1 yıldır devam etmekteydi. Karın ağrısı benign polipoid lezyonlu hastaların 16(%53)'sında sağ üst kadranda, 3(%10)'ünde epigastriumda, 8 (27)'inde bele veya sırtta yayılmakta ve 3 (%10)'ünde biliyer kolik tarzındaydı. Malignler de ise karın ağrısı 9(%69) hastada sağ üst kadranda, 3(%23) hastada sırtta veya bele yayılmakta, 3(%23) hastada biliyer kolik şeklindeydi. 4(%31) hasta ise yaygın karın ağrısı tanımlanmakta, ağrıyı lokalize edememekteydi.

Diğer semptomların dağılımı ise şöyleydi: 30

Tablo I: Benign ve malign polipoid lezyonlu olguların yaş ve cinsiyet dağılımı.

Yaş	Benign		Malign		Toplam
	K*	E*	K	E	
30-39	10	2	-	-	12
40-49	6	1	1	-	8
50-59	3	4	2	-	9
60-69	3	1	8	1	13
70	2	2	-	1	5
Toplam	24	10	11	2	47

*Kadın * Erkek

semptomatik benign polipoid lezyonlu hastanın 12(%40)'sinde bulantı kusma, 11(%37)'inde dispepsi, 3 (%10)'ünde ateş ve 3 (%10)'ünde sarılık yakınmaları vardı. 13 semptomatik malign polipoid lezyonlu hastanın 7(%54)'sinde bulantı kusma, 2(%15)'sinde ateş, 2 (%15)'sinde sarılık ve 1(%8)'inde dispepsi yakınmaları ile karşılaşıldı. Benign ve malign lezyonlu hastaların semptomları arasında belirgin farklılıklar yoktu:

Abdominal fizik muayene bulguları incelendiğinde; benign polipoid lezyonlu 34 hastanın 18 (%53)'ünde sağ üst kadranda duyarlılık, 11 (%32)'inde Murphy pozitifliği, 2(%6)'sinde hepatomegali ve karaciğer kisthidatığının eşlik ettiği 1(%3) olguda sağ üst kadranda kitle saptandı. 2 (%6) hastada ise abdominal muayene normaldi. Malign polipoid lezyonlu 13 hastanın 11 (%89)'inde sağ üst kadranda duyarlılık, 9 (%69)'unda Murphy pozitifliği ve 3(%23) olguda sağ üst kadranda kitle saptandı. Benign ve malign lezyonlu hastaların fizik muayene bulguları arasında dikkat çekici farklılıklar yoktu.

Tablo III: Hasta gruplarında safra kesesi polipoid lezyonlarının ultrasonografik tanıları.

Patolojik tanı	Hasta sayısı	Polipoid lezyonun USG tanısı			
		Doğru %		Yanlış %	
Benign (34)	15	11	73	4	27
polip	19	2	10	17	89
polip+taş					
Malign (13)	2	2	100	-	-
polip	11	3	27	8	73
polip+taş					
Toplam	47	18	38	29	62

Tablo II: Hasta gruplarında semptomatik ve asemptomatik olgular.

Patolojik tanı	Hasta Sayısı	Semptom			
		Var %		Yok %	
Benign (34)	15	12	80	3	20
polip	19	19	100	-	-
polip+taş					
Malign (13)	2	2	100	-	-
polip	11	11	100	-	-
polip+taş					
Toplam	47	44	94	3	6

Polipoid lezyonun preoperatif tanısında tüm hastalarda ultrasonografi ve 9 hastada ayrıca kolesistografi (8 oral, 1 intravenöz) yöntemi kullanıldı. Kolesistografi sadece 1(%11) hastada preoperatif doğru tanı ile sonuçlandı. Tablo III'de hastalarımızın ultrasonografi sonuçları görülmektedir. 47 polipoid lezyonlu hastanın 18(%38)'ine doğru tanı konulurken, 29 (%62)'unda polipoid lezyon saptanamadı. Sadece polipoid lezyonlu 17 hastanın; 13(%76)'üne, polipoid lezyona kolelitiazisin de eşlik ettiği 30 hastanın, 5(%17)'ine doğru tanı konuldu. Taşların varlığı ultrasonografinin sensitivitesini anlamlı şekilde düşürdü ($p < 0.05$). Benign hastalardan, sadece polipoid lezyonlu 15 hastanın 11 (%73)'üne, kolelitiazisin eşlik ettiği 19 hastadan ancak 2 (%10)'sine doğru tanı konuldu. Malign hastalardan; sadece polipoid lezyonlu 2 hastanın 2'sine de, kolelitiazisin eşlik ettiği 11 hastanın ise 3'üne doğru tanı konuldu. Benign ve malign gruplarda taşların varlığı ultrasonografinin sensitivitesini anlamlı şekilde azalttı ($p < 0.05$).

Polipoid lezyonların patolojik incelemesinde; 34 benign olgunun 15(%44)'i kolesterol polipi, 12 (%35)'si adenoma ve 7(%21)'si adenomyomatöz hiperplazi olarak sınıflandırıldı. 13 malign olgunun tümü adenokanserdi. 8(%62)'i papiller infiltratif form ve 5 (%38)'i nodüler infiltratif form olarak sınıflandırıldı. Tablo IV'de bu sınıflandırma ve olguların çeşitli özellikleri izlenmektedir.

47 polipoid lezyonun 36(%77)'sı soliter, 11 (%23)'i çok sayıda idi. Benign polipoid lezyonların 25(%74)'i, malignlerin 11(%85)'i soliterdi.

Adenomyomatöz hiperplazilerin hepsi, adenom-

Tablo IV: Hasta gruplarında genel özellikler.

	Hasta sayısı	Cinsiyet		Koletiyazis		Semptom		Polipoid lezyon	
		K*	E*	Var	Yok	Var	Yok	Tek	Çok
Benign (34)									
Kolesterol p.	15	10	5	7	8	13	2	8	7
Adenom	12	8	4	7	5	11	1	10	2
Adenomyomatöz hiperplazi	7	6	1	5	2	7	-	7	-
Malign (13)									
Papiller inf. form	8	7	1	7	1	8	-	8	-
Nodüler inf. form	5	4	1	4	1	5	-	3	2
Toplam	47	35	12	30	17	44	3	36	11

*Kadın

*Erkek

ların 10(%83)'u, kolesterol poliplerinin 8(%53)'i soliterdi. Papiller infiltratif form adenokanserlerin hepsi, nodüler infiltratif form adenokanserlerin ise 3(%60)'ü soliterdi.

Adenomyomatöz hiperplazilerin 5(%71)'inde, adenomların 7(%58)'sinde, kolesterol poliplerinin 7(%47)'sinde, nodüler infiltratif adenokanserlerin hepsinde ve papiller infiltratif form adenokanserlerin 7(%86)'sinde polipoid lezyona kolelitiazis eşlik etmekteydi.

Tablo V'da polipoid lezyonların çap dağılımı görülmektedir. Benign polipoid lezyonlardan 4 (%12)'ünün, malignlerden 12(%93)'sinin çapı 10 mm'den büyüktü.

Tablo VI'de malign polipoid lezyonların çeşitli özellikleri yer almaktadır. Olguların sadece 4 (%31)'ünde preoperatif safra kesesi kanseri tanısı konabildi. 7(%54)'sinde peroperatuvar safra kesesi kanseri düşünüldü, 2(%15) olguda ise kanser olasılığından şüphelenilmedi. Hastaların 5(%38)'i akut abdomen bulguları ile acil olarak opere edildi. Polipoid karsinomların, 8(%62)'i pediküllü (papiller infiltratif form), 5 (%38)'i sesil (nodüler infiltratif form) olarak saptandı. Pediküllü adenokanserlerin ortalama çapı 38.3 mm, sesil olanların 25.8 mm idi.

Nevin'in staging sistemi kullanılarak; stage I; 1 olgu, stage II; 3 olgu, stage III; 5 olgu, stage IV; 1 olgu ve stage V; 3 olgu saptandı. Pediküllü adenokanserlerin (papiller infiltratif form) 3 (%37.5)'ü , sesil olanların (nodüler infiltratif form) ise 1(%20)'i safra kesesi erken karsinomu olarak değerlendirildi (5).

Malign polipoid lezyonun çapı ile safra kesesi duvarındaki invazyon derinliği arasında anlamlı korelasyon saptandı ($p < 0.05$).

Papiller infiltratif form adenokanserlerin 7 (%86)'si, nodüler infiltratif adenokanserlerin 2(%40)'sinin iyi diferansiye tümörler olduğu saptandı.

Bu hastaların hepsinde malignite açısından rezeksiyon, kolesistektomi ile sınırlı kaldı.

TARTIŞMA

Radyolojik tekniklerdeki gelişmeler sayesinde safra kesesi polipoid lezyonlarına daha sık tanı konulmaktadır. Tsuchiya; ultrasonografik olarak kontrol edilen, 6505 safra kesesinde 205 (%3.2) olguda, Koga 411 kolesistektomi materyalinden 40(%9.7)'inde polipoid lezyon saptadı (2,6). Bu çalışmada ise 3718 kolesistektomi

Tablo V: Hasta gruplarında polipoid lezyonların çap dağılımı.

	<5 mm	5-10 mm	10-20 mm	20-30 mm	30-50 mm	>50 mm
Benign						
Kolesterol p.	14	1	-	-	-	-
Adenom	10	1	-	1	-	-
Adenomyomatöz hiperplazi	-	4	2	1	-	-
Malign						
Papiller inf. form	-	-	1	3	2	2
Nodüler inf. form	1	-	2	-	1	1
Toplam	25	6	5	5	3	3

*Birden fazla polipoid lezyon içeren olgularda en büyük polipoid lezyonun çapı değerlendirmeye alındı.

Tablo VI: Malign olguların genel özellikleri.

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Preop. tanı	Perop. tanı	Rezeksiyon sınırı	Patolojik tanı ^Δ	Dif.*	Lezyon çapı(mm)	Safra kesesi yayılım	Safra kesesi dışı yayılım	Stage [•]
1	58	Kadın	AKT ¹	AKT	Kolesistektomi	PIF ^{6P}	iyi	60	serozal	Sistik lenf nodu	IV
2	61	Kadın	AKT	AKT+SKCA ²	Kolesistektomi	IF	iyi	30	serozal	-	III
3	60	Kadın	TK ³ +SKCA	TK+SKCA	Kolesistektomi	PIF	iyi	30	muskularis	-	II
4	75	Erkek	TK ³ +SKCA	TK+KT	Kolesistektomi	PIF	iyi	11	muskularis	-	II
5	64	Kadın	TK+KT ⁴	AKT+SKCA	Kolesistektomi	PIF	orta	25	serozal	Karaciğer, omentum	V
6	61	Kadın	AKT	AK ⁵	Kolesistektomi	PIF	iyi	85	serozal	-	III
7	67	Kadın	SKCA	TK+SKCA	Kolesistektomi	PIF	iyi	31	muskularis	-	II
8	51	Kadın	TK	ATK+KT	Kolesistektomi	PIF ⁷	iyi	35	serozal	-	III
9	64	Kadın	ATK+SKCA	SKCA	Kolesistektomi	NIF	az	35	serozal	Karaciğer	V
10	48	Kadın	TK	AK	Kolesistektomi	NIF	orta	20	serozal	-	IV
11	62	Kadın	AK+SACA	TK+SKCA	Kolesistektomi	NIF	orta	15	serozal	-	III
12	60	Kadın	TK	SKCA	Kolesistektomi	NIF	iyi	55	serozal	Karaciğer	V
13	65	Erkek	TK	TK+SKCA	Kolesistektomi	NIF	iyi	4	mukoza	-	I

^ΔTüm olgular adenokanserdi

*Diferansiyasyon

•Nevin staging sistemi kullanıldı (4).

1 Akut taşlı kolesistit

2 Safra kesesi kanseri

3 Taşlı kolesistit

4 Koledok taşı

5 Akut kolesistit

6 Papiller infiltratif form

7 Nodüler infiltratif form

spesmeninden 47(%13)'sinde polipoid lezyonla karşılaşıldı. Hem malign hem de benign polipoid lezyonlar daha çok kadınlarda saptandı. Cinsiyet dağılımı açısından malign ve benign lezyonlar arasında önemli bir farka rastlanmazken benign lezyonların çoğunun 60 yaştan küçük oysa malign lezyonların çoğunun 60 yaştan büyük hastalarda yer aldığı görüldü. Bu sonuçlar Koga tarafından da bildirilmiştir (6). Safra kesesinin polipoid lezyonlarında 60 yaşın üstünde olmak malignite açısından risk faktörüdür. Semptomatik olma, karşılaşılan semptomlar ya da fizik muayene bulguları açısından benign ve malign polipoid lezyonlar arasında önemli farklılıklara rastlanılmadı.

Bu çalışmada polipoid lezyonların sadece %38'ine ultrasonografi ile preoperatif doğru tanı konuldu. İshikawa'nın çalışmasında 97 hastanın hepsinde ultrasonografi ile polipoid lezyon saptanmıştır (2). Ancak Koga'nın serisinde polipoid lezyonlu olguların %58'i peroperatif ultrasonografi ile saptanabilmiştir (6). Koga'nın ve bizim çalışmamızda, safra kesesi taşlarının polipoid lezyona eşlik etmesi ultrasonografinin sensitivitesini anlamlı ölçüde azaltmıştır. Polipoid lezyonların saptanmasında; rezolüsyon gücü yüksek ultrasonograflerin kullanılması ve radyologların özellikle koleletiyazisli olgularda safra kesesini polipoid lezyonların varlığı açısından titizlikle değerlendirmeleri gerekmektedir.

Safra kesesi polipoid lezyonlarının %80'inin benign olduğu iki ayrı çalışmada bildirilmiştir

(2,6). Bizim serimizdeki %72'lik benign polipoid lezyon oranı bu sonuçlarla uyumludur. Kolesterol polipleri diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da benign polipoid lezyonlar arasında en sık karşılaşılan patolojydi (2,6). Bu olgularda kolesterolozise hiç rastlanmazken koleletiyazise 7 (%47) olguda rastlandı. Oysa kolesterol poliplerine safra kesesi taşlarının ender eşlik ettiği bildirilmiştir (1). Ayrıca tüm olgular içinde çok sayıda polipoid lezyon içeren 11 olgunun 7(%64)'sinin kolesterol polibi olması dikkat çekicidir.

Bizim serimizde adenom ile sık karşılaşılmıştır. Adenomlar, kolesistektomilerin %0.3'ünü, benign polipoid lezyonların ise %35'ini oluşturdu. Literatürde bu insidensler daha düşüktür (6,7,8). Adenomların büyük çoğunluğunun (%83) soliter olması da literatür ile uyumlu değildir (1,9). Bu hastaların 7(%58)'sine koleletiyazis eşlik etmekteydi. Sadece 1 olgu asemptomatikti ancak adenom çapı 24 mm olduğundan kolesistektomi endikasyonu rahatlıkla kondu. Koga, polipoid lezyonlarda malignlerle benignleri ayırtetmede tümör çapının önemini ortaya koymuştur (6). Bizim çalışmamızda da benign lezyonların %88'i 10mm'den küçük, malign lezyonların %93'ü 10 mm'den büyük olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız Koga'yı destekler niteliktedir (6).

Adenomyomatöz hiperplazi 7 olgu ile benign polipoid lezyonların %21'ini oluşturdu. İnsidensi Koga ile uyumludur (6). Oysa Williams'ın seri-

sinde, kolesistektomi spesmenleri arasında %20 oranında yer almıştır (10). Tüm olgularımızda lezyon soliterdi. 5(%71) hastada kolelitiazis vardı. Hastalarımızın hepsinde biliyer sisteme dair yakınmalar vardı. Kolesistektomi endikasyonu taş ve yakınmalara dayanılarak kondu. Adenomyomatöz hiperplazilerin malign potansiyel taşıyabilecekleri bildirilmiştir (3).

Malign polipoid lezyonların hepsi adenokanserdi. Bunların %62'si pediküllü (papiller infiltratif form) %38'i sesil (nodüler infiltratif form) olarak saptandı. İshikawa'nın serisinde 19 polipoid karsinomun 9 (%47)'ü pediküllü, 10 (%53)'ü sesil olarak bulunmuştur (2). Bizim olgularımızda pediküllü adenokanserlerin ortalama çapı 38.3 mm, sesil olanların 25.8 mm, İshikawa'nın ise pediküllü karsinomaların ortalama çapı 22 mm sesil olanların 14 mm bulunmuştur (2). İshikawa sesil lezyonlarda safra kesesi duvarına karsinom invazyonunun pediküllü olanlardan daha derin olduğunu göstermiş ve safra kesesinin sesil polipoid lezyonlarında erken kolesistektomi önermiştir (2). Bu çalışmada pediküllü adenokarsinomların 3(%37.5)'ü, sesil adenokarsinomların ise 1(%20)'i safra kesesi erken karsinomu olarak saptandı. Malign karsinomaların %85'i soliterdi. Çok sayıda polipoid lezyon ile sadece nodüler infiltratif formda, 2 olguda karşılaşıldı. Benign ve malign olgular içinde çok sayıda polipoid lezyona sık rastlanmaz. Safra kesesi polipoid lezyonları genellikle soliterdir. Multipl polipoid lezyonla karşılaşıldığında benign olma olasılığının daha fazla olduğu düşünülebilir. Malign hastaların tümü semptomatikti ve %92'sinde kolelitiazis eşlik etmekteydi. Literatürde safra kesesi kanserlerinin %80'ine preoperatif ultrasonografi ile doğru tanı konulduğu belirtilmesine rağmen bizim ancak 4(%31) olgumuzda ultrasonografik tanı maligniteyi saptadı (11). Safra kesesi kanserlerinin %1'inin akut kolesistit nedeniyle opere edildiği ve bu

hastalarda daha erken stage ile karşılaşıldığı rapor edilmiştir (5). Bu çalışmada ise malign polipoid lezyonlu 8 hastanın 5(%38)'i akut abdomen nedeniyle acil olarak opere edildi. Bunların hiçbiri Stage I ve II'de değildi. Koga'nın çalışmasında olduğu gibi malign polipoid lezyonun çapı ile safra kesesi duvarındaki yayılımı arasında anlamlı korelasyon saptandı (6). Bu sayede hastaların "stage"lerine dair preoperatif fikir edinilebilir. İn situ karsinom veya erken karsinomlarda bile "extended" kolesistektominin basit kolesistektomiden üstün olduğu öne sürülmüştür (9,12,13). Ancak henüz daha agresiv girişimlerin sürviyi artırdığı gösterilememiştir (11,14). Bizim olgularımızdan sadece 1'i Stage 1 safra kesesi karsinomuydu. Tüm olgulara basit kolesistektomi yapıldı ve postoperatif adjuvan tedavi verilmedi.

Sonuç olarak; 1. Safra kesesi polipoid lezyonlarına genellikle kolelitiazis eşlik etmekte ve bu durum preoperatif ultrasonografik değerlendirilmenin sensitivitesini azaltmaktadır. Bu yüzden kolelitiazis saptanan olgularda ultrasonografi titizlikle yapılmalıdır. Safra kesesi polipoid lezyonlarının malign potansiyeli her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Asemptomatik taşlı kolesistit olgularında, özellikle 60 yaşın üstünde olan hastaların cerrahiye verilmeyip izlenmeleri kararından önce ultrasonografi ile polipoid lezyonun eşlik edip etmediği iyice araştırılmalıdır.

2. 10 mm'den büyük polipoid lezyonlar safra kesesi taşının eşlik edip etmediğine ya da semptom olup olmadığına bakılmaksızın opere edilmelidirler.

3. Çapı 10mm'den küçük polipoid lezyon içeren asemptomatik veya akalülöz olgularda hastanın yaşı ve lezyonun soliter ya da çok sayıda oluşu göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta 60 yaşın üstünde ve lezyon soliter ise kolesistektomi kararı verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Nahrwold D.L.: Surgery of The Gallbladder and Bile Ducts: Benign tumors and pseudotumors of the biliary tract., Editor: Way L.W., Pellegrini C.A., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1987; 459-471.
2. Ishikawa O., Ohhigashi H., Imaoka S., Nakaizumi A., Kitamura T., Sasaki Y., Shibata T., Wada A., Iwanaga T.: The difference in malignancy between pedunculated and sessile polypoid lesions of the gallbladder. The American Journal of Gastroenterology, 1989; 84(11): 386-1390.
3. Aldridge M.C., Gruffaz F., Castaing D., Bismuth H.: Adenomyomatosis of the gallbladder. A premalignant lesion?, Surgery, 1991; 109(1): 107-110.
4. Sumiyoshi K., Nagai E., Chijiwa K., Nakayama F.: Pathology of carcinoma of the gallbladder., World J. Surg., 1991; 15: 315-321.
5. Jones R.S.: Carcinoma of the gallbladder. The Surgical Clinics of North America, 1990; 70(6):1419-1429.
6. Koga A., Watanabe K., Fukuyama T., Takiguchi S., Nakayama F.: Diagnosis and operative indications for polypoid lesions of the gallbladder., Arch. Surg., 1988; 123: 26-29.
7. Christensen A.H., Ishak K.G.: Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. Report of 180 cases., Arch Pathol., 1970; 90: 423-434
8. Kozuka S., Tsubone M., Yasui A., Hachisuka K.: Relation of adenoma to carcinoma in the gallbladder., Cancer, 1982; 50: 2226-2234.
9. Majeski J.A.: Polyps of the gallbladder., J. Surg. Oncol., 1986; 32: 16-18.
10. Williams I., Slavin G., Cox A., Simpson P., Lacey G.: Diverticular disease (adenomyomatosis) of the glalbladder: A radiological-pathological survey. Br.J.Radiol., 1986; 59: 29-34.
11. Lotze M.T., Flickinger J.C., Carr B.I.: Cancer Principles and Practise of Oncology: Hepatobiliary Neoplasms, Editor: DeVita T.V. Jr., Helliman S., Rosenberg S.A. J.B. Philadelphia, Lippincott Company., 4.ed., 1993; 1(28): 883-915.
12. Rhee R.Y., Papp E.W., Bloch A.L.: Papillomatosis with adenocarcinoma in situ of the gallbladder: An unusual peresentation of obstructive jaundice., Contemporary Surgery, 1993; 42: 105-109.
13. Ouchi K., Owada Y., Matsuno S., Sato T.: Prognostic factors in the surgical treatment of gallbladder carcinoma. Surgery. 1987; 101: 731-737.
14. Silk Y.N., Douglas H.O., Nava H.R., et al.: Carcinoma of the gallbladder: The Roswell Park experience., Ann. Surg., 1989; 210: 751-757.