ABCResearch

Arch Basic Clin Res 2022; 4(2): 93-95 • DOI: 10.5152/ABCR.2022.20007

Case Report

Rare Gallbladder Lesion: Fundal Variant Adenomyomatosis

Nadir Görülen Safra Kesesi Lezyonu: Fundal Varyant Adenomyomatozis

Ufuk Memiş

Department of General Surgery, Erzincan Binali Yıldırım University, Faculty of Medicine, Erzincan, Turkey

Cite this article as: Memiş U. Nadir Görülen safra kesesi lezyonu: Fundal varyant adenomyomatozis. *Arch Basic Clin Res* 2022;4(2):93-95.

ORCID IDs of the author: U.M. 0000-0003-3393-3301

ABSTRACT

Adenomyomatosis is a benign hyperplastic disease of the gallbladder of which the etiology is not clearly known. It is characterized by Rokitansky-Aschoff sinuses formed by the invagination of the epithelium to the muscle layer of the gallbladder. It is usually asymptomatic. With additional biliary disease, it can be seen symptomatically. In this case report, we aimed to present fundal variant adenomyomatosis in a 47-year-old patient operated on for acute cholecystitis.

Keywords: adenomyomatosis, cholecystitis, fundal variant, Gallbladder

ÖZ

Adenomyomatozis; safra kesesinin benign hiperplastik hastalığı olup etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Safra kesesinin kas tabakasına epitelin invajinasyonu ile oluşan Rokitansky-Aschoff sinüsleri ile karakterizedir. Genellikle asemptomatik olarak seyreder. Ek bilier hastalıkla birlikteliğinde semptomatik olabilir. Bu olgu sunumunda 47 yaşında akut kolesistit ile opere edilen hastadaki fundal varyant adenomyomatozisi sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Safra kesesi, Adenomyomatozis, Fundal Varyant, Kolesistit

GİRİŞ

Safra kesesi hastalıkları toplumun önemli bir kısmını etkilemektedir. Hastalar genellikle semptomlarla birlikte hastaneye başvurmaktadır. Ancak ultrasonografinin (USG) yaygınlaşması nedeniyle safra kesesi hastalıkları semptomatik olmadan da tanı konulabilir hale gelmiştir. En sık karşılaşılan safra kesesi hastalığı kolelithiasis olmakla birlikte taş harici birçok patoloji USG ile tanınabilmektedir. Taş harici safra kesesi hastalıklarından biri de adenomyomatozistir. Ademomyomatozis en sık safra kesesinde görülür.[1] Bununla birlikte ekstrahepatik safra yolları ve midede de ademomyomatozis görülebilmektedir.[2] Histolojik olarak safra kesesi epitelinin kas tabakasına diffüz ya da lokal invajinasyonu ile oluşan Rokitansky-Aschoff sinusleri ile karakterizedir.[3] Ademomyomatozis genellikle asemptomatik olarak seyreder. Ancak safra taşı ile birlikte semptomatik olabilir. Premalign lezyon olarak kabul edilebildiğinden tanı sonrası kolesistektomi önerilmektedir.[4]

OLGU SUNUMU

47 yaşında başka ek hastalığı olmayan kadın hasta bir gündür olan bulantı-kusma ve karın ağrısı ile acil servisimize başvurdu. Muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Murphy bulgusu pozitifti. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 14 200/mm^3 hgb: 13,2 g/dL olup biyokimya parametreleri normal aralıktaydı. Yapılan USG'de safra kesesi anterior-posterior çapı 45 mm, kese duvarı diffüz kalınlaşmış olup 41 mm olarak ölçüldü. Minimal perikolesistik mayi mevcuttu. İçerisinde en büyüğü 15 mm ebatında birkaç adet taş mevcuttu (Resim 1). Hasta mevcut hali ile akut kolesistit ön tanısıyla servise alındı. Oral alım kapatıldı. Hidrasyon desteği ve uygun antibiyoterapi başlandı. Takiplerinde lökosit değerleri gerilemeyen ve batın muayenesi rahatlamayan hastaya ameliyat ve komplikasyonlar hakkında bilgilendirilme yapıldıktan sonra onamı alındı . Hastaya laparaskopik kolesistektomi yapıldı. Operasyonda safra kesesi diffüz kalın ve ödemli idi. Peroperatif ve postoperatif dönemde

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Üyesi Ufuk Memiş, **E-mail:** memisufuk@gmail.com

Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

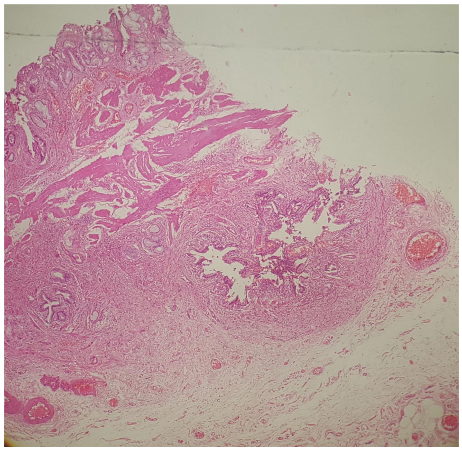
Geliş Tarihi/Received: February 2, 2020
Kabul Tarihi/Accepted: July 27, 2021



Resim 1. Safra kesesinin ultrasonografik görüntüsü. Ultrasonografide kese taşının akustik gölgesi, kese duvarının kalınlaştığı ve etrafında minimal mayii olduğu görülmektedir.

komplikasyon gelişmedi. Şikayetleri ve lökositozu gerileyen hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi.

Safra kesesi makroskopik incelemede 8,5×3×2 cm ölçülerinde ve duvar kalınlığı 0,7 cm olarak ölçüldü. İçerisinde 1,5 cm çaplı siyah taş mevcuttu. Mukozası düzenli olup fundusta 1,5 cm çapında submukozal yerleşimli noduler oluşum saptandı. Bu alanın histopatolojik incelemesinde mukoza ve serozada konjesyon ile birlikte mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu, submukozal kas tabakası içerisinde kistik dilatasyon gösteren glandlar saptanması sonucunda adenomyomatozis tanısı konuldu (Resim 2).



Resim 2. Safra kesesi adenomyomatozis histopatolojik görüntüsü (H&E 40×). Mukoza ve serozada konjesyon ile birlikte mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu, submukozal kas tabakası içerisinde kistik dilatasyon gösteren glandlar görülmektedir.

TARTIŞMA

Safra kesesi hastalıkları sıklık bakımından toplumun önemli bir kısmını etkilemektedir. Hastalar, yemeklerden sonra artan sağ üst kadran ağrısı, şişkinlik ya da yağlı gıdalara intolerans gibi klasik sepmtomlarla başvurabileceği gibi USG'nin yaygınlaşmasıyla birlikte hastalık asemptomatikken bile safra kesesi hastalıkları tespit edilebilir hale gelmiştir. En sık karşılaşılan safra kesesi hastalığı kolelithiazis olmakla birlikte kolelithiazis harici birçok patoloji mevcuttur. Safra kesesi duvar kalınlaşmasının birçok etiyolojisi vardır ve en sık karşılaşılanları kolesistit, adenomyomatozis ve safra kesesi kanseridir.

Safra kesesi adenomyomatozisi (adenomyoma ya da adenomyomatöz hiperplazi) epitelin lokal ya da diffüz olarak kas tabakasına invajinasyonundan kaynaklanan Rokitansky-Aschoff sinüsleri ile karakterizedir. Kas hipertrofisi, bozulmuş safra kesesi drenajı ve safra kesesi lümeninde artan basınç, Rokitansky-Aschoff sinüslerinin oluşumuna neden olur. Adenomyomatozis, kolesistektomi piyeslerinde %1-6 oranında görülmektedir ve genellikle asemptomatik seyirlidir. Ancak safra kesesinin adenomiyomatozisi, semptomatik safra kesesi hastalığına (biliyer kolik ve kolesistit) benzer şekilde aralıklı sağ üst kadran ağrısı nöbetleri ile kendini gösteren karın ağrısı ile kendini gösterebilir. Yemeklerle ilişkili bulantı, kusma ve yağlı gıda intoleransı da bildirilen semptomlar arasındadır. Adenomyomatozis olgularının yarısında safra taşı beraberliği vardır.[5] Etiyolojisinde safra taşları, kronik inflamasyon ya da pankreatik reflü tartışılsa de net tanımlanmış bir mekanizma yoktur. Ayrıca adenomyomatozisin safra taşına neden olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur. Genellikle orta yaş kadın hastalarda görülmektedir. Olgumuz 47 yaşında olup literatür verileriyle uyumludur.

Adenomyomatozis yerleşim paternine göre segmental, diffüz ve fundal (lokalize) olmak üzere üçe ayrılır. Segmental adenomyomatozis, olguların %63'lük kısmında görülür. Segmental adenomyomatozis, bir darlıkla safra kesesini birbirinden ayrı iki kompartmana bölen striktür ile karakterizedir. Diffüz tip tüm safra kesenin tutulduğu olguların %2'lik kısmında görülen formudur. Fundal (lokalize) tip ise olguların %34'ünde safra kesesi fundusuna sınırlı yüzeyden yüksek bir çıkıntı şeklinde izlenir.[6] Olgumuzdaki patoloji de bu formdadır.

Hastalık genellikle asemptomatik seyrettiği için insidental ya da olgumuzdaki gibi ek bir bilier hastalık olmadıkça preoperatif tanısı zordur. Oral kolesistografide intramural yerleşimli divertikül, kontrast madde ile doldurarak görüntülenebilir. Ancak bu işlem artık yerini USG'ye bırakmıştır. İntramural kistik odaklar ve "kuyruklu yıldız" artefaktları

olduğunda ultrasonda tanı konulabilir. Bu durumda yüksek çözünürlüklü ultrason taramasıyla daha hassas sonuç verebilir ancak deneyim gerektirir. Manyetik Rezonans Görüntülemede (MRG), safra kesesi duvar kalınlaşması ve Rokitansky-Aschoff sinüslerine bağlı oluşan karakteristik "inci kolye" (pearl necklace) bulgusu görülür. MRG, adenomyomatozisi safra kesesi karsinomundan ayırmada , şüpheli vakalarda özellikle yararlıdır. Adenomyomatozisin saptanması ve safra kesesi karsinomundan ayırt edilmesi için Bilgisayarlı Tomografi (BT) de yardımcı olmaktadır. BT'de görülen küçük mural kistlere "tespih işareti" (rosary sign) denilmiştir. Bu işaret tespit edildiğinde adenomyomatozis tanısı kolaylaşır. Son yıllarda popülaritesi artan Endoskopik Ultrasonografinin (EUS) de tanıda sensitivitesi ve spesifitesi yüksektir.[7]

Genel kabul olarak semptomatik adenomyomatozis kolesistektomi endikasyonu olarak kabul edilir. Asemptomatik hastalıkta ise cerrahi endikasyon tartışmalıdır. Safra kesesi malignite olasılığı hakkında herhangi bir klinik veya radyolojik şüphe varsa kolesistektomi yapılmalıdır. Safra kesesi adenomyomatozisi özellikle segmental tipi safra kesesi malignitesi açısından premalign bir durum olarak kabul edilir.[8]

Sonuç olarak safra kesesi adenomyomatozisi semptomatik ya da asemptomatik olarak seyredebilen patolojidir. Her ne kadar nadir rastlanan ve benign karakterli bir lezyon olsa da malignleşme potansiyelinin olabileceği ve malign lezyonlar ile karışabileceği unutulmamalı ve ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This study received no funding.

KAYNAKLAR

1. Pang L, Zhang Y, Wang Y, Kong J. Pathogenesis of gallbladder adenomyomatosis and its relationship with early-stage gallbladder carcinoma: an overview. *Braz J Med Biol Res*. 2018;51(6):e7411. [CrossRef]
2. Parolini F, Indolfi G, Magne MG, et al. Adenomyomatosis of the gallbladder in childhood: A systematic review of the literature and an additional case report. *World J Clin Pediatr*. 2016;5(2):223-227. [CrossRef]
3. Xu YB, Zhang PJ, Xue F. The pathogenesis and radiographic progress of gallbladder adenomyomatosis. *Chin J Clin*. 2015;9:2187-2190.
4. Lee KF, Hung EHY, Leung HHW, Lai PBS. A narrative review of gallbladder adenomyomatosis: what we need to know. *Ann Transl Med*. 2020;8(23):1600. [CrossRef]
5. Tang S, Huang L, Wang Y, Wang Y. Contrast-enhanced ultrasonography diagnosis of fundal localized type of gallbladder adenomyomatosis. *BMC Gastroenterol*. 2015;15:99. [CrossRef]
6. Golse N, Lewin M, Rode A, Sebagh M,Mabrut JY. Gallbladder adenomyomatosis: diagnosis and management. *J Visc Surg*. 2017;154(5):345-353. [CrossRef]
7. Teelucksingh S, Welch T, Chan A, Diljohn J, Rampersad FS. Gallbladder adenomyomatosis presenting With abdominal pain. *Cureus*. 2020;12(9):e10485. [CrossRef]
8. Howe L, Kowdley GC, Cunningham SC. Gallbladder adenomyomatosis: not always benign. *HPB (Oxford)*. 2017;19(6):557. [CrossRef]