

TRD

100. Yılı

45

ULUSAL RADYOLOJİ KONGRESİ
TÜRKRAD 2024

12-16 KASIM 2024

Pine Beach Kongre Merkezi, Belek-Antalya



BİLDİRİ KİTABI

Acil Radyoloji

PS-436

SAFRA KESESİ KARSİNOMU İLE AYIRICI TANIYA GİREN BİR OLGU: KSANTOGRANÜLOMATÖZ KOLESİSTİT

Ahmet Topak, Emre Emekli, Elvin Piraliev, Gülbahar Can

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Ksantogranülatöz kolesistit (KGK), köpüksü makrofajların infiltrasyonu ile karakterize nadir bir kolesistit formudur. Akut veya kronik klinik tablo ile prezente olabilir (1). Vakaların büyük çoğunluğunda safra taşları eşlik eder. KGK bazen safra kesesi kanserini taklit edebilir veya perforasyon, apse ve fistül gibi komplikasyonlara yol açabilir (2). Bu olgu sunumunda hafif bir klinik ile başvuran bir hasta üzerinden ksantogranülatöz kolesistitin karakteristik bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntülerini sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Diyabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları olan 64 yaşında erkek hasta 2 haftadır olan bulantı ve oral alımda azalma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Muayenesinde spesifik bulgu olmayan hastaya tanıya gitmek amacıyla kontrastlı abdomen BT tetkiki çekildi. BT'de safra kesesi duvarında diffüz kalınlık artışı ve duvarda değişken boyutlarda hipodens nodüller alanlar izlendi (Resim 1 ve 2). Kese lümeninde 4.6 cm çapında izodens safra taşı eşlik etmekteydi (Resim 2). Komşu mezenterik yağlı dokuda hafif kirlenme mevcuttu (Resim 3). BT bulguları ksantogranülatöz kolesistit olarak yorumlanan hastaya genel cerrahi tarafından kolesistektomi operasyonu yapıldı. Patoloji raporu ksantogranülatöz kolesistit olarak sonuçlandı.

Tartışma: Ksantogranülatöz kolesistit, kronik kolesistitin nadir bir formudur. Ağırlıklı olarak 60-70 yaş arasındaki kadınlarda görülür. Hastalar klinik olarak kolesistit semptomlarıyla başvurur. Fizik muayenede hastaların yarısına yakınında sağ üst kadranda hassas, ele gelen bir kitle saptanır (3).

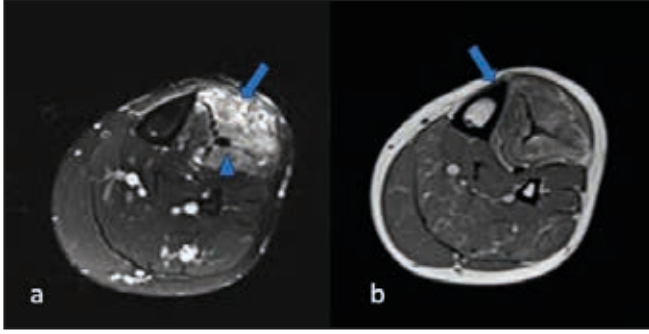
KGK'nın patogenezinde tıkalı Rokitsky-Aschoff sinüslerinin rüptürünün yer aldığı düşünülmektedir. Sonrasında lümendeki safra ve müsin intramural mesafeye ekstretraze olur. Burada biriken kolesterolü temizlemek için ortama makrofajlar gelir. Böylelikle kolesterolü fagosite etmiş köpüksü makrofajlardan oluşan ksantogranülatöz ortaya çıkar (4).

Görüntüleme bulguları patoloji bulguları ile örtüşme gösterir. Oldukça kalın kese duvarı içerisinde ksantogranülatözleri temsil eden nodüler yapılar görülür. Bu alanlar ultrasonografide (USG) hipoekoik, BT'de hipodens olarak izlenir. BT'de artmış mukozal kontrastlanma karsinomdan ayırmada yardımcıdır. Duvardaki hipodens nodüllerle devamlılık gösteren fokal mukozal defektler patolojideki Rokitsky-Aschoff sinüslerinin rüptürünü temsil eder. MRG de benzer bulguları gösterebilir ancak kullanımı yaygın değildir (5).

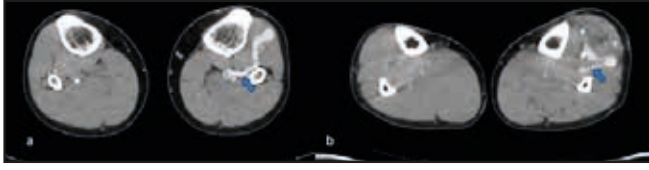
Ayırıcı tanıda adenomyomatozis, safra kesesi karsinomu ve aktinomikoz yer alır. Adenomyomatoziste USG'de genişlemiş Rokitsky-Aschoff sinüslerini temsil eden kistik alanlar ve burada biriken kolesterol kristallerinin oluşturduğu kuyruklu yıldız artefaktları izlenir. Bu sinüsler MRG'de inci kolye görünümü oluşturur. KGK'de intramural nodüllerin varlığı tipiktir ve komplikasyon oranı daha yüksektir (6). KGK'yi karsinomdan ayırmada; diffüz duvar kalınlaşması, mukozanın kesintisiz devam etmesi, intramural hipodens nodüller, karaciğer parankimine invazyon olmaması ve intrahepatik safra yollarında dilatasyon olmaması KGK'yi destekler. Aksi durumlarda kesin ayırım yapılamaz (7). Şüpheli olgularda ince iğne aspirasyon biyopsisi veya kor biyopsi yapılarak ileri evre karsinom hastalarında gereksiz laparotomilerin önüne geçilebilir (8).

Sonuç: Ksantogranülatöz kolesistit, safra kesesi karsinomunu taklit edebilen nadir bir durumdur. Karakteristik görüntüleme bulgularının bilinmesi tanı için önemlidir. Şüpheli durumlarda perkütan biyopsi yapılması operasyon öncesi yol göstericidir.

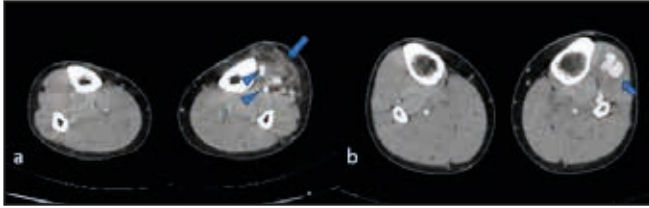
Anahtar Kelimeler: Ksantogranülatöz kolesistit, safra kesesi karsinomu, bilgisayarlı tomografi



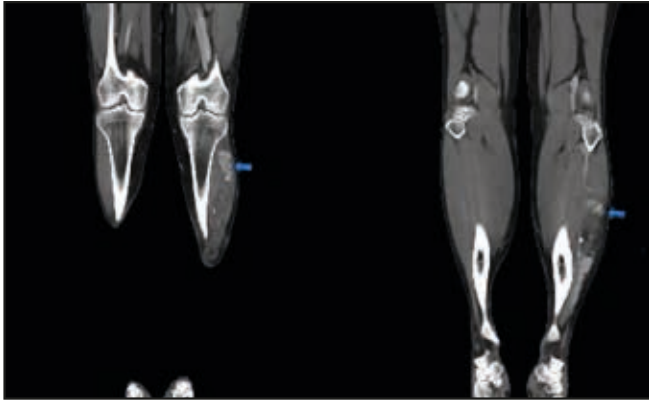
Resim. a) Aksiyel PD incelemede tibialis anterior kasında ödematöz sinyal değişiklikler (ok) ve dilate vasküler yapılara bağlı sinyal kayıpları (ok başı) izlenmektedir. b) Aksiyel T1A kesitte tibia lateral korteksinde periost reaksiyonu görülmektedir (ok).



Resim. Aksiyel arteriyel faz ekstremita BT-anjiyografi incelemede popliteal vende erken doluş ve AVF'nin venöz komponentinin bağlantısı görülmektedir (a). Arteriyel komponenti ise tibialis anterior ile ilişkili olarak izleniyor (b).



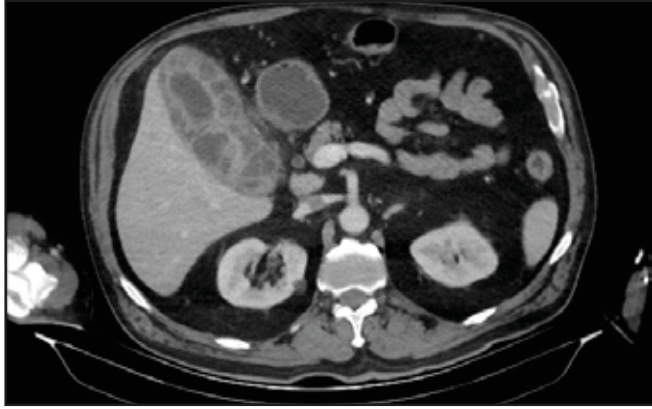
Resim. a) Aksiyel arteriyel faz ekstremita BT-anjiyografi incelemede flebitlere ait dansiteler (ok başı), tibialis anterior kasında atrofik değişiklikler (ok) mevcuttur. b) Diğer bir kesitte dilate vasküler yapılar ok ile işaret edilmektedir.



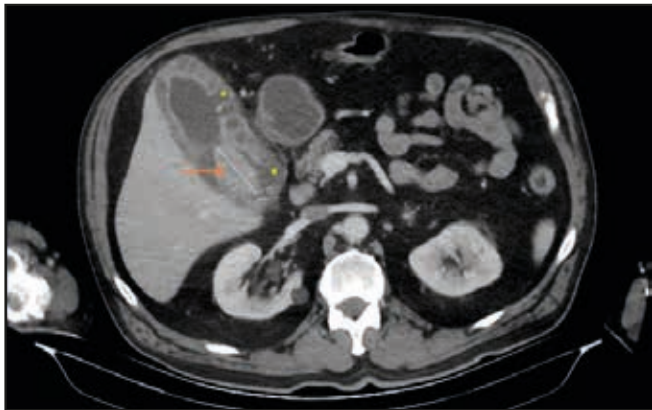
Resim. Koronal arteriyel faz ekstremita BT-anjiyografide AVF ile uyumlu dilate vasküler yapılar (oklar)

Kaynaklar

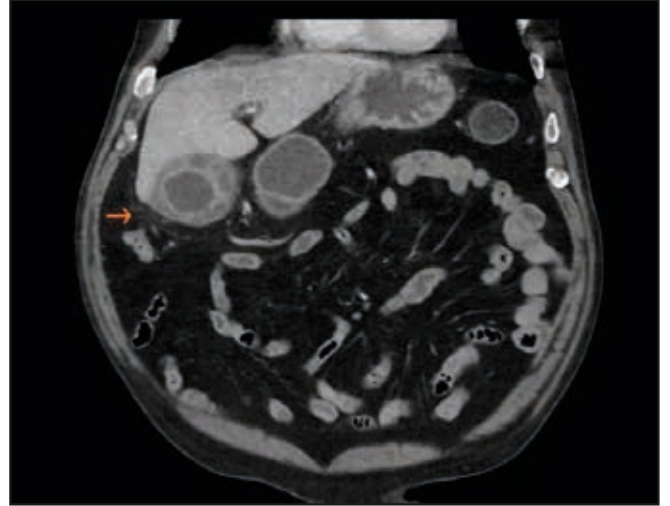
1. Rammohan A, Cherukuri SD, Sathyanesan J, Palaniappan R, Govindan M. Xanthogranulomatous cholecystitis masquerading as gallbladder cancer: can it be diagnosed preoperatively? *Gastroenterol Res Pract.* 2014;2014:253645.
2. Dixit VK, Prakash A, Gupta A, Pandey M, Gautam A, Kumar M, Shukla VK. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Dig Dis Sci.* 1998 May;43(5):940-2.
3. Kwon AH, Matsui Y, Uemura Y. Surgical procedures and histopathologic findings for patients with xanthogranulomatous cholecystitis. *J Am Coll Surg.* 2004 Aug;199(2):204-10.
4. Duarte Z, Guevara U, Vuong PN. Ceroid granulomas of the gallbladder. A clinicopathologic study of nine cases. *Arch Anat Cytol Pathol.* 1994;42(1):5-9.
5. Parra JA, Acinas O, Bueno J, Güzmes A, Fernández MA, Fariñas MC. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinical, sonographic, and CT findings in 26 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2000 Apr;174(4):979-83.
6. Cecava ND, Andrews R. Case report of xanthogranulomatous cholecystitis, review of its sonographic and magnetic resonance findings, and distinction from other gallbladder pathology. *J Radiol Case Rep.* 2011;5(4):19-24.
7. Goshima S, Chang S, Wang JH, Kanematsu M, Bae KT, Federle MP. Xanthogranulomatous cholecystitis: diagnostic performance of CT to differentiate from gallbladder cancer. *Eur J Radiol.* 2010 Jun;74(3):e79-83.
8. Benbow EW. Xanthogranulomatous cholecystitis associated with carcinoma of the gallbladder. *Postgrad Med J.* 1989 Aug;65(766):528-31.



Resim 1. Aksiyel kesit BT görüntüsünde safra kesesi duvarında diffüz kalınlık artışı ve duvardaki hipodens nodüller izleniyor. Kese komşuluğundaki mezenterde hafif kirlenme mevcut.



Resim 2. Aksiyel kesit BT görüntüsünde safra kesesi duvarındaki bazı nodüllerin lümen bakan tarafında mukozal devamsızlık görülüyor (sarı yıldız). Ayrıca kese lümeninde infundibulum düzeyindeki 4.6 cm çapındaki safra taşı ok ile gösteriliyor.



Resim 3. Koronal kesit BT görüntüsünde kese duvarındaki hipodens nodüller ve komşu mezenterik yağlı dokuda ok ile gösterilen hafif düzeyli dansite artışı izleniyor.

Meme Radyolojisi

PS-437

MEME TÜBÜLER ADENOMU

Najiba Ahmadova¹, Yonca Anık¹, Hatice Neşe Doğan², Ahmet Tuğrul Erucar²

¹Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

²Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Giriş: Tübüler adenom nadir görülen benign meme tümörlerinden biridir. Sıklıkla genç reproduktif kadınlarda görülür. Nadiren menarş öncesi veya menopoz sonrası kadınlarda ve erkek hastalarda da görülmektedir (1).

Tübüler adenomlar tipik olarak memenin üst ve dış kadrantını etkiler. Karşılaştırmalı olarak, laktasyon adenomları gebelik veya kombin oral kontraseptif haplar (KOK'lar) ile güçlü bir şekilde ilişkiliyken, tübüler adenomların böyle bir ilişkisi yoktur (2).

Ameliyat öncesinde tübüler adenom tanısını klinik ve radyolojik bulgular ile koymak zordur. Kesin tanı proliferatif tübüler yapılar ve az miktarda fibröz stroma içeren histopatolojik bulgulara dayanmaktadır (3).

Olgu Sunumu: 39 yaş kadın hasta sağ meme üst kadranda ele gelen kitle şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Klinik muayenede herhangi bir cilt değişikliği, meme başı akıntısı veya palpe edilebilen aksiller lenf nodu saptanmadı. Meme kanseri risk faktörleri ve ailede meme kanseri veya yumurtalık kanseri öyküsü yoktu. Herhangi bir doğum kontrol hapi kullanımı veya hormonal tedavi kullanımı da mevcut değildir.

Yapılan Ultrasonografik görüntüleme (USG) sağ meme saat 12 hizasında 8x10x9 mm boyutlarında mikrolobüle konturlu heterojen hipoekoik kitle lezyon izlendi (Resim 1). BIRADS kategori 0 olarak değerlendirildi ve meme MRG önerildi. Bilateral aksiller bölgede LAP izlenmedi.

MRG incelemesinde sağ meme saat 12 hizasında mikrolobüle konturlu T1 ve T2A hipointens kontrast tutan lezyon görüldü (Resim2). BIRADS Kategori 4A olarak değerlendirildi ve tru-cut biopsi önerildi.

Lokal anestezi altında USG eşliğinde tanımlanan BIRADS Kategori 4A lezyondan Tru-Cut biyopsi alındı (Resim3) ve materyal patolojiye gönderildi.

Histopatolojik değerlendirmede tru-cut biyopsi materyalinde düzensiz proliferatif tübül yapılar gözlemlendi ve sitolojik atipi saptanmadı. İmmünohistokimyasal çalışmalarda p63 ve miyoeptilyal tabakanın korunduğu görüldü ve olgu tübüler adenom lehine değerlendirildi (Resim 4).