

## Safra kesesi duvarında kistik heterotopik gastrik mukoza: Bir olgu sunumu\*

Cystic mass with heterotopic gastric mucosa next to gallbladder: A case report

Taner YİĞİT<sup>1</sup>, Bülent GÜLEÇ<sup>1</sup>, Cengizhan YİĞİTLER<sup>1</sup>, Müjdat BALKAN<sup>1</sup>, Mehmet ERYILMAZ<sup>2</sup>, Köksal ÖNER<sup>1</sup>

GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı<sup>1</sup>, Ankara

Mevki Askeri Hastanesi Genel Cerrahi Servisi<sup>2</sup>, İzmir

Safra kesesinde kistik heterotopik gastrik mukoza seyrek görülür. Heterotopik gastrik mukoza ana safra yollarına bası ile tıkanma sarılığına yol açabileceği için tıkanma sarılığının nedenleri arasında heterotopik gastrik mukoza unutulmaması gereken patolojik bir durumdur. Malignite potansiyeli nedeniyle şüphelenilen vakalarda cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Olgu sunumumuzda safra kesesi duvarında lokalize, kistik yapıda, iç duvarı heterotopik gastrik mukoza ile döşeli kitle lezyonu saptadığımız hastanın verileri sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Heterotopik doku, gastrik mukoza, safra kesesi, kistik kitle

Presence of heterotopic gastric mucosa in the gallbladder is a rare condition. By compressing the common bile duct, heterotopic tissue may cause obstructive jaundice. In this respect gastric heterotopia should be considered in differential diagnosis of unexplained biliary disorders. Because of malign potential of heterotopic tissue, surgical treatment should be performed if suspected. In this case report we presented a patient diagnosed a cystic mass with heterotopic gastric mucosa at the inner surface and localized on the gall bladder wall.

**Key words:** Heterotopic tissue, gastric mucosa, gallbladder, cystic mass

### GİRİŞ VE AMAÇ

Heterotopi iyi diferansiye olmuş normal bir dokunun anormal lokalizasyonudur. Heterotopik doku, ağızdan rektuma kadar tüm intestinal sistem boyunca görülebilir. Literatürde safra kesesinde, heterotopik gastrik mukoza, intestinal mukoza, pankreas ve karaciğer dokusu varlığı rapor edilmiştir (1). İlk defa Egyedi tarafından 1934 yılında bildirilmesinden (2) bu yana rapor edilen vakaların çoğu polipoid lezyonlar yada duvar kalınlaşmaları şeklinde idi. Bu lezyon literatürdeki üçüncü kistik gastrik mukozal heterotopi özelliğini taşımakta ve ekstrahepatik safra yollarına bası yaparak inkomplet, subklinik kolestaza neden olmaktaydı.

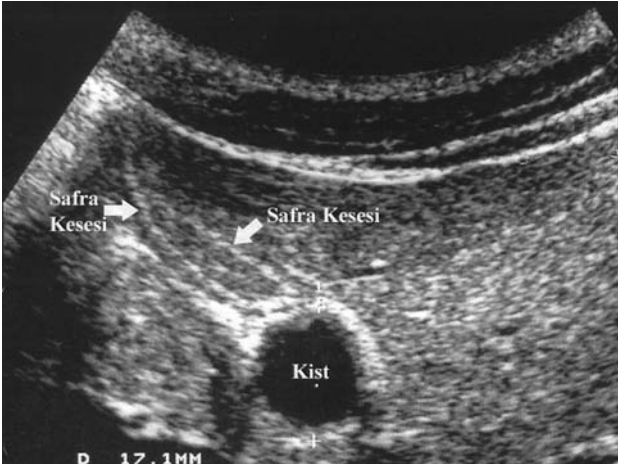
### OLGU

15 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 aydan beri künt vasıflı epigastrik karın ağrısı ve dispepsi şikayeti ile başvurdu. Ağrı sağ omuz posterior kısmına yayılım göstermekteydi. Laboratuvar testlerinde patolojik olarak; aspartat aminotransferaz

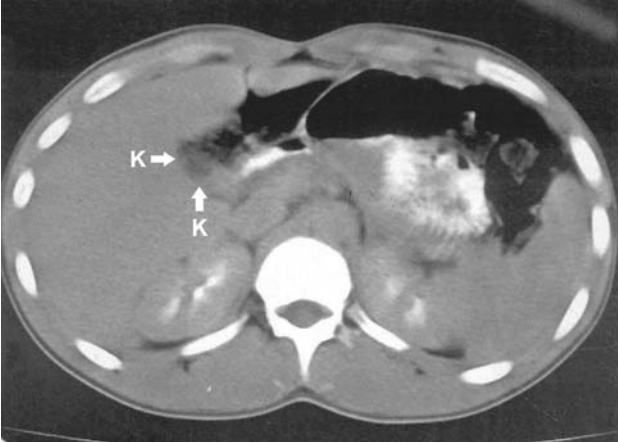
(AST) 670 U/L (8-38 U/L), alanin-aminotransferaz(ALT) 490 U/L (7-35 U/L), laktat dehidrogenaz 733 U/L (225-450 U/L), gamma glutamin transferaz (Gamma-GT) 148 U/L (7-49 U/L), alkalin fosfataz (ALP) 495 U/L (64-306 U/L), total bilirubin 1,36 mg/dl (0,2-1,2 mg/dl), direkt bilirubin 0,75 mg/dl (0-0,25 mg/dl), serum amilazı 123 U/L (30-115 U/L), idrarda ürobilinojen (++) liği tespit edildi. Abdominal ultrasonografide (USG); safra kesesi boynuna ve ekstrahepatik safra kanallarına bası yapan, 16 mm çaplı düzgün duvarlı kistik kitle ve içinde taş olmayan kontrakte safra kesesi rapor edildi (Resim 1). Bilgisayarlı batın tomografisi bulguları, abdominal USG bulgularını doğruladı (Resim 2). ERCP, hasta işlemi tolare edemediği için uygulanamadı.

Kistik kitlenin eksplorasyonu amacıyla hasta ameliyata alındı. Sağ subkostal kesi ile batına girildi. Batın içinin incelemesinde safra kesesinin boynuna komşu olan ortalama 2 cm çaplı kistik kitle tespit edildi. Kist ana safra kanalına minimal bası uygulamaktaydı. Kistik kitle ile safra ke-

\*V. Uluslararası katılımlı Hepato-Pankreatiko-Biliyer Cerrahi Kongresi'nde (09-13 Ekim 2001/İzmir) poster olarak sunulmuştur.



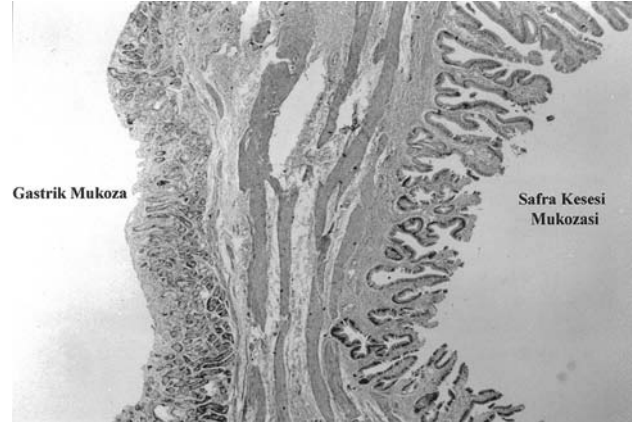
**Resim 1.** Abdominal USG'de safra kesesi boynuna komşu kistik kitle



**Resim 2.** Abdominal tomografide kistik lezyon. K: Kist

sesi arasında ileri derecede yapışıklıklar mevcut olduğundan kolesistektomi uygulanarak kitle çıkarıldı. Ameliyat esnasında yapılan patolojik incelemede malignite olmadığı rapor edildi. Ameliyat piyesinin patolojik incelemesinde makroskopik olarak kolesistektomi materyalinin boyun kısmında, 2 cm çaplı, 2 mm duvar kalınlığı olan, kistik lezyon varlığı rapor edildi. Mikroskopide kistin luminal yüzeyini erozyone mide mukozasının döşediği izlendi. Lamina propriada, stromada, arada pariyetal hücrelerinde bulunduğu gastrik glandlar arasında mononükleer inflamatuvar hücre infiltrasyonu dikkati çekmekte idi (Resim 3).

Ameliyat sonrası dönemde cerrahi komplikasyon gözlenmedi. Şikayetleri tamamen kaybolan hastanın, ameliyat öncesi enzim yükseklikleri, normalin hafif üstünde seyreden gamma-GT ve ALP



**Resim 3.** Histolojik olarak birbirine komşu safra kesesi ve mide mukozası. (HE x 50)

dışında normale döndü. Hasta, ameliyatı takip eden 7. günde ayaktan enzim düzeyleri takip edilmek üzere şifa ile taburcu edildi. Postoperatif ikinci ay sonunda yapılan kontrollerde ise tüm enzim düzeylerinin normal düzeye gerilediği tespit edildi.

## TARTIŞMA

Heterotopi gelişimini açıklamak için iki hipotez ortaya atılmıştır. Birincisi metaplastik diğeri ise embriyonel kaynaklıdır. Embriyonel hipotez daha çok kabul görmektedir. Birçok gastrointestinal organ gelişim esnasında endodermden köken almaktadır. Bunun yanında bu organların musküler ve konnektif dokuları ise mezodermden köken alır (3). Endoderm ve mezoderme ait bu multipotensiyel hücreler birçok farklı tabaka oluşturmak üzere değişim gösterme kabiliyetine sahiptir. Bu değişim sürecinin normalin dışında bir yerde gerçekleşmesine heterotopi denilmektedir. Heterotopi tüm gastrointestinal kanal boyunca ortaya çıkabilir. Konjenital orijini nedeniyle biliyer sistemde heterotopi varlığı genç hastalarda daha çok beklenmektedir.

Genellikle birçok vakada heterotopik doku safra kesesi boynu yada sistik kanal civarında yerleşim göstermektedir (1, 4). Safra kesesi duvarında nodüler yada polipoid yapıda ortaya çıkarlar (1, 5). Vakamızda heterotopik doku literatürde belirtilen lokalizasyona uygun olarak safra kesesi boynunda yerleşim göstermekteydi. Literatürden farklı olarak heterotopik doku kistik yapıda idi. Kist, safra kesesi boynuna ve ana safra kanalına baskı yapmaktaydı. Literatür incelendiğinde bu durumun oldukça nadir gözleendiği ve Egyedi'nin ilk

heterotopik dokuyu tarif etmesinden bu yana üçüncü kistik heterotopik gastrik mukozal doku olduğu sonucuna vardık (6, 7).

Heterotopinin ana bulgusu abdominal ağrıdır (8). Ağrı; çoğu olguda batın sağ üst kadranda lokalizedir. Enfeksiyon varlığında ise ateş de yükselir. Bizim hastamızın da ana şikayeti literatürle uyumlu olarak, karın ağrısı idi. Gastrik heterotopik mukoza ülserasyon ve inflamasyon ile beraberlik gösterirse klinik olarak önem kazanmaktadır (8, 9). Semptomlar genellikle aralıklı safra yolu tıkanıklığı, safra kesesinin peptik ülserasyonu veya bazı vakalarda kolelitiazisin eşlik ettiği kolelitit tablosuna bağlı olarak ortaya çıkar. Seyrek de olsa safra kesesi duvarında lokalize olan kistik yada solid yapıda heterotopik gastrik mukoza ana safra kanalına bası yaparak tıkanma sarılığına kadar varabilen kolestatik tablo oluşturabilir. Ortaya çıkabilecek bu kolestatizmin en iyi belirleyicisi ALP düzeyleridir. Kolestatiz; safrada yüksek konsantrasyonda olan ALP'nin retrograd reflüsü ve karaciğerden sentezinin artışı ile serum ALP değerlerinde yükselmeye neden olmaktadır (10). Transaminaz değerleri ise hepatoselüler hasar ve nekrozda yükselmektedir. Dolayısı ile kolestatik hepatoselüler hasarında serum transaminaz değerlerinde yükseliş ortaya çıkmaktadır (11). Benzer şekilde kolestatiz serum direkt ve indirekt bilirübin değerlerinde de artışa neden olur. Bunu yanında

renal atılımı nedeniyle direkt bilirübin bazen tam tıkanıklıkların erken döneminde fazla yükselmeyebilir. Nadiren biliyer drenajın olduğu bazı durumlarda ise hiç yükselme olmayabilir (12). Bizim hastamızın da bilirübin değerlerindeki yükseklik fazla değildi. Bunun yanında APL, ALT ve AST değerlerinde yükselme mevcut idi. Bilirübin değerleri ile korele olmayan bu enzim yüksekliği kolestaza bağlı gelişen hepatoselüler hasarı, bilirübin değerlerinin ise fazla yüksek olmayışının nedeninin ise tam olmayan obstrüksiyona bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Kolesistektomi materyallerinde tesadüfen rastlanan birçok heterotopik doku klinik olarak asemptomatik kalsa da, kronik inflamasyon varlığında heterotopik epitelde metaplazik değişiklikler meydana gelebilir. Literatürde metaplazi ve safra kesesi kanseri arasında yakın ilişki olduğu vurgulanmıştır. Dolayısı ile gastrik heterotopi safra kesesi kanserlerinin bir nedeni olarak da karşımıza çıkabilir (13, 14).

Sonuç olarak; nadir görülmesi nedeniyle heterotopi genelde tanı esnasında düşünülmemeyebilir. Özellikle genç hastalarda, açıklanamayan biliyer şikayetlerin ayırıcı tanısında gastrik heterotopi unutulmamalıdır. Şüphelenilen durumlarda ise malignite potansiyeli gözönüne alınıp erken cerrahi tedavi sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Pradines P, Brauner M, Legrand I, et al. Heterotopic gastric mucosa in the gallbladder. *AJR* 1989; 152: 432.
2. Egyedi L. Case of polyps of the gallbladder containing an aberrant gastric mucous membrane. *Gyogyaszat* 1934; 74: 596-9.
3. Langman J. Digestive System. In: Langman J, editor. *Medical Embriology*. 4<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1981; 212-33.
4. Welling RE, Krause RJ, Alamin K. Heterotopic gastric mucosa in the common bile duct. *Arch. Surg.* 1970; 101: 626-7.
5. Leyman P, Saint-Marc O, Hannoun L, et al. Heterotopic gastric mucosa presenting as gallbladder polyps. *Acta. Chir. Belg.* 1996; 96: 128-9.
6. Vallera D. U, Dawson P. J, Path F. R. J. Gastric heterotopia in the gallbladder. *Path. Res. Pract.* 1992; 188: 49-52.
7. Risio M, Leli R, Digirolamo P, et al. Estesa eterotopia di colecisti bilobata. *Minerva Chirurgica* 1974; 39: 1735-40.
8. Lamont N, Winthrop AL, Cole FM, et al. Heterotopic gastric mucosa in the gallbladder: A cause of chronic abdominal pain in a child. *J. Pediatr. Surg.* 1991; 26: 1293-5.
9. Larsen EH, Diedrich PJB, Sorensen FB. Peptic ulcer in the gallbladder. *Acta Chir. Scand.* 1985; 151: 575-6.
10. Yiğitler C, Güleç B, Yiğit T, ve ark. Laparoskopik kolesistektomiye bağlı biliyer komplikasyonları etkileyen klinik özellikler ve ciddiyetini öngörmede noninvaziv testler. *Endro, Mah. ve Minimal İnvaziv Cerrahi*. 2002; 9(3): 162-70.
11. Kaplowitz N, Eberle D, Yamada T. Biochemical tests for liver disease. Zakim D, Boyer TD, eds. *Hepatology, a textbook of liver disease*. 1<sup>st</sup> edition, Philadelphia, W. B. Saunders Company 1982; 583-612.
12. Nealon WH, Urrutia F. Long term follow-up after bilioenteric anastomosis for benign bile duct stricture. *Ann Surg* 1996; 223: 639-48.
13. Kijima H, Watanabe H, Iwafushi M, et al. Histogenesis of gallbladder carcinoma from investigation of early carcinoma and microcarcinoma. *Acta Pathol, Jpn* 1989; 39:235-44.
14. Xeropotamos N, Skopelitou AS, Batsis Ch, et al. Heterotopic gastric mucosa together with intestinal metaplasia and moderate dysplasia in the gallbladder: Report of two clinically unusual cases with literature review. *Gut* 2001; 48(5): 719-24.