

УДК 617-089

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЧНОГО ПУЗЫРЯ В НЕПАЛЕ

ANIRA VAIDYA

National Academy of Medical Sciences, Bir Hospital, Kathmandu Nepal

Резюме:

Цель: Проанализировать частоту возникновения различных видов болезни желчного пузыря на примере больницы Bir.

Методы: Это ретроспективное исследование 855 пациентов, которые были прооперированы с апреля 2012 года по март 2015 года (в течение 3-х лет) в хирургическом отделении больницы Bir по поводу различных заболеваний желчного пузыря, среди которых было 702 женщины и 153 мужчины.

Результаты: Максимальное количество заболеваний желчного пузыря было выявлено в группе женщин в возрастной группе 20-41 год (53.45 %). Среди всех пациентов, наиболее часто встречался хронический холецистит – 808 случаев (94.72 %), острый холецистит 29 – случаев (3.39%). Общее количество пациентов с полипами желчного пузыря составило 6 (0.70%), карциномой желчного пузыря – 12 (1.40%). Соотношение мужчин и женщин 1:4.5. В возрастной группе 61-80 лет у 4-х пациентов был рак желчного пузыря, в возрастной группе 41-60 лет у 3-х пациентов мужского пола и у 2-х пациенток было злокачественное заболевание. В нашем исследовании в возрастной группе 21-40 лет 1 мужчина и 2 женщины имели злокачественное заболевание. Гистологическое исследование выявило высокодифференцированную карциному в 1 случае, средне-дифференцированную карциному в 7 случаях, низкодифференцированную карциному в 3 случаях среди всех случаев рака желчного пузыря и 1 случай аденосквамозной карциномы.

Заключение: Соотношение женщин и мужчин с холелитиазом составило 1:4.5. В нашем исследовании выявлена невысокая частота возникновения карциномы желчного пузыря у населения Непала, хотя это одно из наиболее частых проявлений заболевания желчного пузыря. Основные проблемы связаны с поздним появлением симптомов, поздней постановкой диагноза и неблагоприятными исходами заболевания.

Ключевые слова: заболевание желчного пузыря, камни, карцинома желчного пузыря.

История холецистэктомии датируется 1867 годом, когда Johnboobos в Индианаполисе провел первую задокументированную холецистэктомию.¹ Желчнокаменная болезнь возникает у 3-20% населения земного шара. Согласно статистике США, 20% из них женщины, 5% -- мужчины в возрасте 50-65 лет, 85% не имеет симптомов и 1-4% в год начинают испытывать симптомы заболевания.² Холецистэктомия – это одна из самых частых операций в общей хирургии, традиционный метод и золотой стандарт лечения холелитиаза. Взгляды на показания к хирургическому лечению острого холецистита и бескаменного холецистита остаются спорными. В 1888 году Carllangenbuch, Германия удалил желчный пузырь с камнями.

Факторы, ассоциированные с образованием камней желчного пузыря.²

1. Нарушенная функция желчного пузыря: абсорбция, опорожнение, экскреция

2. Высококонцентрированная желчь, возраст, пол, генетика, лишний вес и диета

3. Факторы слизи, способствующие образованию ядра из холестерина, гликопротеины, инфекция

4. Абсорбция/печеночно-кишечная циркуляция желчных кислот, пассаж содержимого по кишечнику, фекальная флора, резекция подвздошной кишки и холестирамин.

Карцинома желчного пузыря была впервые описана De Stoll в 1777³. Она составляет 5% всех злокачественных опухолей, выявляемых при аутопсии.³ Клинические проявления и симптомы неясны и неспецифичны, что ведет к задержке постановки диагноза. Связь карциномы желчного пузыря и образование камней желчного пузыря была описана Mayo's в 1903. Риск карциномы желчного пузыря в 7 раз выше при

хроническом холецистите, при котором карцинома встречается в 65-90% случаев, в то время как общая частота возникновения опухоли составляет 2,5 на 100000 населения.⁴

Общие показания к холецистэктомии – это холелитиаз, полип желчного пузыря, мукоцеле, эмфизема, кальцифицированный желчный пузырь и отдельные случаи острого холецистита и карциномы желчного пузыря. Карцинома желчного пузыря возникает наиболее часто у женщин в возрасте старше 40 лет. У большинства пациентов с симптомами, характерными для рака желчного пузыря, в момент первичной постановки диагноза рак оказывается неоперабельным. Частота встречаемости рака желчного пузыря составляет 1% среди проведенных холецистэктомий.

Существует несколько гистопатологических типов карциномы желчного пузыря, такие как аденокарцинома, плоскоклеточная карцинома, аденосквамозная карцинома, нейроэндокринная карцинома, мелкоклеточная карцинома и гигантскоклеточная карцинома. Два серологических маркера – карцино-эмбриональный антиген и альфафетопротеин, характерны для злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Диагностические критерии для диагностики злокачественных новообразований желчного пузыря следующие – радиологическое исследование, такое как ультрасонография, имеет диагностическую точность >80%. Другие возможности – цветная доплерография, которая помогает дифференцировать карциному от билиарного сладжа, позволяя оценить особенности кровоснабжения.¹³ Магнитно-резонансная селективная ангиография, определение печеночной иминодиуксусной кислоты, тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем ультрасонографии с

последующей цитологией, лапароскопия и биопсия. В нашей стране методы диагностики ограничены и некоторые диагностические процедуры недоступны.

Цель

1. Изучить распространенность заболеваний желчного пузыря.

2. Изучить распространенность карциномы желчного пузыря.

3. Изучить возраст и пол пациентов.

Проанализировать частоту возникновения и структуру заболеваний желчного пузыря населения Непала, особенно карциномы желчного пузыря.

Материалы и методы

Это 3-х летнее ретроспективное исследование, охватывающее временной промежуток с апреля 2006 года по март 2009 года. 855 пациентов с заболеванием желчного пузыря были прооперированы в хирургическом отделении больни-

цы Bir, NAMS. Данные, включающие распределение по возрасту и полу и заключительному диагнозу были взяты из отдела медицинской документации и патологоанатомического отделения больницы Bir.

Результаты

Общее количество поступивших в больницу в течение 3 лет с 14 апреля 2006 года по 13 апреля 2009 года. 855 пациентов были прооперированы по поводу заболевания желчного пузыря, из них 702 женщины и 153 мужчины. Соотношение мужчин и женщин составило 1:4,5. Большинство пациентов вошли в возрастную группу 20-41 год (53,45%). Наиболее частое заболевание - хронический холецистит - 808 случаев (94,74%). Острый холецистит был выявлен в 29 случаях (3,39%), карцинома желчного пузыря в 12 случаях (1,40%) и полипы желчного пузыря в 9 случаях (0,70%).

Таблица № 1 показывает распределение пациентов по возрасту и полу за последние 3 года.

Таблица 1

Возрастная группа	0-20		21-40		41-60		61-80		>80		Всего	
	%	№	%	№	%	№	%	№	%	№	%	№
Мужчины	3,25	5	38,56	59	35,53	54	22,37	34	0,65	1	100	153
Женщины	3,27	23	56,69	398	29,45	207	10,24	72	0,28	2	99,87	702
Всего	3,27	28	53,45	457	30,53	261	12,40	106	0,35	3	100	855

Максимальное количество пациентов было в возрастной группе 21-40 лет (49,5%) и 40-60 лет (30,53%). Было только 3 пациента (0,35%) в возрастной группе старше 80 лет.

Таблица 2 показывает распределение заболеваний.

Таблица 2

Диагноз	Мужчины		Женщины		Всего	
	№	%	№	%	№	%
Острый холецистит	7	4,58	22	3,13	29	3,39
Хронический холецистит	140	91,50	668	95,16	808	94,72
Полипы желчного пузыря	3	1,96	3	0,43	6	0,70
Карцинома желчного пузыря	3	1,96	9	1,28	12	1,40

Среди общего количества пациентов, как женского, так и мужского пола, отмечается наибольшая частота хронического холецистита (808 пациентов, 94,72%), следующими по частоте являются острый холелитиаз (29 пациентов 3,39%), карцинома желчного пузыря (12 пациентов, 1,40%) и полипы желчного пузыря (9 пациентов, 0,70%).

Таблица 3 демонстрирует степени злокачественности.

Таблица 3

Возраст	Пол		Степени злокачественности			
	М	Ж	ВД%	СД%	НД%	АСК%
0-20	-	-	-	-	-	-
21-40	1(8,3%)	2(16,7%)	-	3(25%)	-	-
41-60	3(25%)	2(16,7%)	1(8,3%)	2(16,7)	1(8,3%)	1(8,3)
61-80	-	4(33,2%)	-	2(16,7)	2(16,7)	-

Сокращения:

ВД - высокодифференцированная аденокарцинома;

СД - среднедифференцированная аденокарцинома;

НД - Низкодифференцированная аденокарцинома;

АСК - аденосквамозная карцинома.

Таблица 3 показывает распределение по возрасту и типу злокачественности. Среди пациентов в возрасте 61-80 у 4 женщин было злокачественное новообразование, в возрастной группе 41-60 лет - у 3 мужчин и 2 женщин, в возрастной группе 21-40 лет - у 1 мужчины и у 2 женщин. Высокодифференцированная карцинома - 1 случай, среднедифференцированная карцинома - 7 случаев, низкодифференцированная карцинома - 3 случая, аденосквамозная карцинома - 1 случай. В 3 случаях карцинома инфильтрировала печень и окружающие ткани.

Обсуждение

Желчнокаменная болезнь является распространенным заболеванием и встречается у 3-20% населения земного шара.

Согласно статистике США, 20% из них женщины, 5% – мужчины в возрасте 50–65 лет. Частота развития рака желчного пузыря широко варьирует в разных точках мирах и в различных регионах в пределах одной страны. Наиболее высокая частота возникновения заболевания отмечается среди американских индейцев, в Чили и других странах Южной Америки, 7,5 на 100000 мужчин и 23 на 100000 женщин. Средняя частота до 5 на 100,000 выявлена среди Японцев и испано-американцев. Низкая частота заболевания 2,5 на 100000 выявлена в Сингапуре, Нигерии и США. Согласно исследованию из Индии – наибольшая частота выявлена среди северных индийцев – 4,5 на 100000 мужчин и 10,1 на 100000 женщин. Это составляет 2,33 на 100000 населения, что сравнимо с данными из других стран с низкой частотой развития заболевания. 8,9 Карцинома желчного пузыря наиболее часто возникает у женщин старше 40 лет. У большинства пациентов, которые имеют симптомы рака желчного пузыря, рак является неоперабельным в момент первичной постановки диагноза. Частота выявления рака желчного пузыря составляет 1% среди всех проведенных холецистэктомий. Большинство пациентов были в возрастной группе 20–40 лет (49,5 %) и в возрастной группе 40–60 лет (31,83 %). Было всего 6 случаев рака желчного пузыря в возрастной группе старше 80 лет.

Среди общего количества пациентов, как женского, так и мужского пола, отмечается наибольшая частота хронического холецистита – 808 пациентов (94,72%), следующими по частоте являются острый холелитиаз (29 пациентов 3,39%), карцинома желчного пузыря (12 пациентов, 1,40%) и полипы желчного пузыря (9 пациентов, 0,70%). Среди пациентов в возрасте 61–80 у 4 женщин было злокачественное новообразование, в возрастной группе 41–60 лет – у 3 мужчин и у 2 женщин, в возрастной группе 21–40 лет – у 1 мужчины и у 2 женщин.

Высокодифференцированная карцинома – 1 случай, среднечисленно дифференцированная карцинома – 7 случаев, низкодифференцированная карцинома – 3 случая, аденосквамозная карцинома – 1 случай. В 3 случаях карцинома инфильтрировала печень и окружающие ткани.

Полученные данные показали, что частота хронического холецистита среди пациентов женского пола в Непале увеличилась за последние 10 лет. Но сравнивая другие развитые западные страны и Непал, среди нашего населения имеется низкая частота возникновения рака желчного пузыря, что может быть связано с низким уровнем радиации, экологически чистой зоной, низким потреблением генно-модифицированных продуктов.

Заключение

В нашем исследовании выявлена невысокая частота возникновения карциномы желчного пузыря среди населения Непала, хотя это одно из наиболее часто встречающихся заболеваний желчного пузыря. Поздние проявления заболевания задерживают постановку диагноза и приводят к неблагоприятным исходам заболевания, что является основной проблемой. Возможно, это также связано и с тем, что в больнице Bir нет онкологического отделения. Необходимо проведение более крупного исследования в дальнейшем.

Благодарности

Мы хотели бы выразить нашу благодарность заведующему хирургического отделения больницы Bir за возможность включения их клинических случаев в исследование, отдел медицинской документации и патологоанатомическое отделение больницы Bir.

Список литературы

1. The text book of surgery-Sabiston W.S 15th edition.
2. **Pomeranz IS, Shaffer EA.** Abnormal gallbladder emptying in a subgroup of patients with gallstones. *Gastroenterology* 1985;88:787
3. Maingot's abdominal operations, tenth edition, Michael J. Zinner, Seymour I. Schwartz, Harold Ellis, section 12 gallbladder and bile duct 1701-1875
4. De stoll M. Rationis medenchi. In: Batavorum L(ed.), Nosocomio practico vendobonensi: Part 1 Hon koop. Hook et socios et A et J, 1788
5. **Piehler JM, Cricchlow RW.** Primary carcinoma of gall bladder, *Sung Gyrecol obstel* 1978;147:929-935.
6. **Howard E R, Davenport M.** The treatment of biliary atresia in Europe 1969-1995. *Tohoku J Exp. Med* 1997;181:75-83
7. **Yeo, Charles J, Cameron J.L.** tumors of gall bladder and bile duct; Maingot's Abdominal operans, 8th Edn, Appleton and lange Stamford, Ct, Page. 1835-1854
8. **Adson MA,** carcinoma of the gall bladder. *Surgclin North Am* 1973;53;1203-1216
9. **Mishra, Chaturvedi A,** Ahmd Awith al 1995, Epidemiology, aetiology, chemotherapy od cancer gall bladder with special reference to intrahepatic arterial infusion with mytomycine, and 5-flurouracil. Fifth international congress on Anti-Cancer chemotherapy, Paris Abstract no. (0-737) 162
10. **Ahrendt SA, Pitt HA,** Bioary Tract sabiston Test book of surgery, Sixteen Edition 1103-1105
11. **Mishra N.C., Mishra S. Chaturbedi A,** Carcinoma gall bladder, Recent advances in surgery no-20; 69-88
12. Indian Council of Medical Research (ICMR) Anul report of population based cancer registries of National Cancer Research Program 1993, 1996, New Delhi ICMR publication, p18
13. Anul report of Bir Hospital 2064, 2065
14. **Fielding L.P., Stewart-Brown S. and Dudley HAE.** Surgeon -related variables and the clinical trial. *Lancet* 1978;4:778-80
15. **Person RJC. Smedby B.; Berfenstam R. et al.** Hospital caseloads in Liverpool, New England and UPPLASA. *Lancet* 1968;2:559-66
16. **Cruse PJE, Foord R.:** «The epidemiology of wound infection: a 10 yrs prospective study of 62939 wounds». : *Surg Clin North Am* 60;27 1980.
17. Annual report of Bir Hospital, NAMS 2063-2065.
18. The National Cancer Data Base report on carcinoma of the gallbladder, 1989-1995. : *Cancer.* 1998 Dec 15;83(12):2618-28.
19. **Ahmad A Hai,** Rabindra B Shrivastava test book of surgery 2002

Сведения об авторах

Anira Vaidya, хирург, кандидат медицинских наук.

Телефон: +977 984 1274167

Адрес: Bir hospital, Tripureshwor, 00977 Kathmandu, Nepal.

Ответственное лицо для переписки: Шушаков Николай Викторович, хирург, кандидат медицинских наук, тел. 8(950)336-44-34, dr1992fenix@yandex.ru

PATTERN OF GALL BLADDER DISEASE

ANIRA VAIDYA

National Academy of Medical Sciences, Bir Hospital, Kathmandu Nepal

Abstract:

Background & Aims: To analyze the incidence different types of gall bladder disease on attending Bir Hospital.

Methods: It is a retrospective study of 855 cases who were operated from April 2012-March 2015(3years) in the department of surgery Bir Hospital with various problems related to gall bladder. 702 were female and 153 were male.

Results: Maximum number of gall bladder disease found females age group 20-41 (53.45 %). The highest incidence, in total patients were, chronic cholecystitis 808 (94.72 %), acute cholecystitis 29(3.39%). Total number of Polyp gall bladder were 6 (0.70%) .carcinoma gall bladder 12 (1.40%) .The male to female ratio was 1:4.5. Aged between 61-80, 4 patients had CA gall bladder were in the age group of 41-60, 3 male patients had CA gall bladder and 2 female patients were malignant disease. From the age group 21-40, 1 male and 2 had female malignant in our study. In HPE showed well differentiated carcinoma was 1, moderately differentiated carcinoma 7, poorly differentiated carcinoma 3 all of CA gall bladder cases and adeno squamous cell carcinoma was 1 case.

Conclusion: Ratio of cholelithiasis male to female 1:4.5. Incidence of carcinoma gall bladder is not high in Nepalese population in our study shows though it is one of the common presentations among the cases of the gall bladder disease. Late presentation and delay of diagnosis and poor outcome are the main problems.

Key words: Gall bladder disease, stones, carcinoma gall bladder.

The history of cholecystectomy dates 3 centuries back 1867 Johnboboos in Indianapolis carried out first documented Cholecystectomy.¹ Gallstone disease occurs 3-20% in the world populations. Statistics of USA shows 20% were female, 5% were male, age between 50-65 and majority are asymptomatic 85% and 1-4% per year become symptomatic². Cholecystectomy is the one of the most common operation in general surgery, the traditional and gold standard management of cholelithiasis is cholecystectomy. During the index of the acute cholecystitis or acalculus cholelithiasis however, views still remaining controversial.

Then 1886 Carllangenbuch, Germany had removed calculus gall bladder with stones.

Factors Associated with gall stone formation.²

1. Impaired gallbladder function: absorption, emptying, excretion
2. Super saturated bile, age, sex, genetics, obesity and diet
3. Cholestrole nucleating factors mucus, glycoprotein, infection
4. Absorption/enterohepatic circulation of the bile acids doxylcholate, bowel transit stain, faecal flora, ileal resection and cholestyramine.

Gall bladder carcinoma was initially described by De Stoll in 1777³. It accounts for 5 % of all the malignancies in autopsy series³. The signs and symptom are vague and non specific, so it leads to delay in diagnosis. The association between gall bladder carcinoma and gall stone was described by Mayo's in 1903. Risk of gall bladder carcinoma is 7 times greater in chronic cholecystitis 2.5 patients with carcinoma gall bladder are found in 65-90%. whereas over all incidence is 2.5 per 100,000 population⁴.

Common indications for cholecystectomy are cholelithiasis, gall bladder polyp, mucocele, emphysema, calcified gall bladder

and selected cases of acute cholecystitis and carcinoma gall bladder. Gall bladder carcinoma occur most common in woman aged above 40. Most patients present with symptoms attributed to gall bladder cancer found to be non resectable, at the time of initial diagnosis. Incidence of gall bladder cancer is found 1 % of all cholecystectomy.

There are several histopathological types of carcinoma of gall bladder like adeno carcinoma, squamous cell carcinoma, adeno squamous carcinoma, carcinoma neuroendocrine tumor, small cell tumor and gaint cell carcinoma Two serum markers carcino embryonic antigen and alpha-feto-protein are common for the gastro intestine malignancy. However common markers for gall bladder malignancies diagnosis criteria are – radiological evaluation like a simple ultrasonography where diagnosis accuracy is >80%. Now a days other facilities are color doppler ultrasonography which could differentiate carcinoma from Biliary sluded by showing the vessels pattern¹³ Magnetic resonance imaging selective angiography, hepato iminodiacetic acid scan, ultrasonography guided fine needle aspiration cytology, laparoscopy and biopsy. In our country where set up are still limited and other facilitated diagnosis procedure were not affordable.

Aim

1. To study prevalence of gall bladder disease.
2. Study the prevalence of gall bladder.
3. To study the age & sex of the patient.

To analyze the incidence and pattern of having gall bladder disease in Nepalese population and specially focus in carcinoma gall bladder.

Material and Method

This is a 3 years retrospective study of from April 2006-March 2009. 855 case of gall bladder disease were operated in department

of surgery Bir Hospital, NAMS. The data regarding age and sex distribution and final diagnosis were taken from medical record section and department of pathology of Bir Hospital.

Results

Total number of hospital admission within the 3 years of period from 14th April 2006-13th April 2009. 855 patients were operated for gall bladder disease. Female were 702 and male 153. Ratio of male to female being 1:4.5. Maximum number of patients were form 20-41 years of age group (53.45 %). Disease specific inci-

dence of chronic cholecystitis was the highest 808(94.74%). Acute cholecystitis 29(3.39%) and carcinoma gall bladder 12(1.40%) and gall bladder polyp 9(0.70%).

Table No. 1 shows age and sex distribution of patients for last 3 years.

Maximum number, of patients were in age group 21-40 years, 49.5 % followed by 40-60 years 30.53 %. There were only 3 i.e 0.35% cases above 80 years.

Table 1

Age group	0-20		21-40		41-60		61-80		>80		Total	
	%	№	%	№	%	№	%	№	%	№	%	№
Male	3,25	5	38,56	59	35,53	54	22,37	34	0,65	1	100	153
Female	3,27	23	56,69	398	29,45	207	10,24	72	0,28	2	99,87	702
Total	3,27	28	53,45	457	30,53	261	12,40	106	0,35	3	100	855

Table 2 shows disease distribution.

Таблица 2

Diagnosis	Male		Female		Total	
	№	%	№	%	№	%
Acute Cholecystitis	7	4,58	22	3,13	29	3,39
Chronic Cholecystitis	140	91,50	668	95,16	808	94,72
Polyp gallbladder	3	1,96	3	0,43	6	0,70
carcinoma gallbladder	3	1,96	9	1,28	12	1,40

it shows highest incidence for male and female in total patients, chronic cholecystitis (i.e 808 patients 94.72%), then acute cholelithiasis (i.e.29 patients3.39%), and carcinoma gall bladder (12 patients i.e.1.40) and polyp gall bladder (9 patients i.e. 0.70%).

Table 3 shows types of malignancy.

Таблица 3

Age	Sex		Types of Malignancy			
	M	F	WD%	MO%	PD%	ASC%
0-20	-	-	-	-	-	-
21-40	1(8,3%)	2(16,7%)	-	3(25%)	-	-
41-60	3(25%)	2(16,7%)	1(8,3%)	2(16,7)	1(8,3%)	1(8,3)
61-80	-	4(33,2%)	-	2(16,7)	2(16,7)	-

Note:

WD – well differentiated adeno carcinoma

MD – Moderately differentiated adeno carcinoma

PD – Poorly differentiated adeno carcinoma

ASC – Adeno squamous cell carcinoma

Table no. 3 shows age distribution and types of malignancy. In patients aged between 61-80, 4 female patients had malignant disease in the age group 41-60, 3 patients and 2 had malignant disease female and 21- 40, 1 was male and 2 were female in our

study. Same as, well differentiated carcinoma was 1, moderately differentiated carcinoma 7, poor differentiated carcinoma 3 cases and adeno squamous cell carcinoma was 1 case.3 cases of adeno carcinoma were present which had infiltrated to liver to urrounding and structures.

Discussion

Gallstone disease is common and occurs in 3-20% of the world population.

Statistics of USA shows 20% are female,5% are male, age between 50-65. Incidence of gall bladder cancer varies greatly in different areas of the world and different regions of the same country. Highest incidences are seen in American Indians, Chili and other South American countries, 7.5 per 100,000 for males and 23 per 100,000 for female. Intermediate incidence, up to 5 per 100,000 are seen in Japanese and Hispanic Americans. Low incidence of 2.5 per 100,000 are seen Singapore, Nigeria and USA6. Study from India has highest incidence in Northern Indians 4.5 per 100,000, for male and 10.1 per 100,000 for females. It comes to be 2.33 per 100,000 of population, which is comparable with data from other countries with low incidence. 8,9 Gall bladder carcinoma occur most common in woman aged above 40. Most patients present with symptoms attributed to gall bladder cancer are found to be non resectable, at the time of initial diagnosis. Incidence of gall bladder cancer is found to be 1 % of all cholecystectomy specimen. Maximum number of patients were in age group 20-40 years, (49.5 %) followed by 40-60 years (31.83 %). There were only 6 cases above 80 years.

Highest incidence in our study had chronic cholecystitis 808 (94.72 %), then acute cholecystitis 29 (3.39%), and carcinoma gall bladder 12 (1.40%) and polyp gall bladder 9 (0.70%). For the aged between 61-80, 4 male patients had malignant disease an the age group of 41-60, 3 male patients had malignant and 2 female patients had malignant disease in the group 21-40, 1 was male and 2 were female had malignant disease.

Well differentiated carcinoma was 1(8.3%), moderately differentiated carcinoma were 7(58.1%) poorly differentiated carcinoma were 3(24.9%) cases and adeno squamous cell carcinoma was 1(8.3%) .

And 3(24.9%) cases of adenoma carcinoma were present which had infiltrated to liver to surrounding structures. chronic cholecystitis is increasing for the female patients in Nepal then the last 10 years data shown. But comparison to other developed and western countries and Nepal, in our population has low incidence of CA gall bladder may be due to radiation free zone, ecologically clean, new food and genetically modified foods intakes are too low.

Conclusion

Incidence of carcinoma gall bladder is not high in Nepalese population in our study though it is one of the common presentations among the cases of the gall bladder disease. Late presentation delay diagnosis and poor outcome are main problem. And may be Bir hospital has not oncology surgery department. For the further study large study is needed.

Acknowledgements

we would like to acknowledge our sincere to head of department of surgery Bir hospital for allowing include their cases in this study, medical record section and department of histopathology of Bir hospital.

Reference

1. The text book of surgery-Sabiston W.S 15th edition.
2. **Pomeranz IS, Shaffer EA.** Abnormal gallbladder emptying in a subgroup of patients with gallstones. *Gastroenterology* 1985;88:787
3. Maingot's abdominal operations, tenth edition, Michael J. Zinner, Seymour I. Schwartz, Harold Ellis, section 12 gallbladder and bile duct 1701-1875
4. De stoll M. Rationis medenchi. In: Batavorum L(ed.), Nosocomio practico vendobonensi: Part 1 Hon koop. Hook et socios et A et J, 1788
5. **Piehler JM, Cricchlow RW,** Primary carcinoma of gall bladder, *Sung Gyrecol obstel* 1978;147:929-935.

6. **Howard E R, Davenport M.** The treatment of biliary atresia in Europe 1969-1995. *Tohoku J Exp. Med* 1997;181:75-83

7. **Yeo, Charles J, Cameron J.L,** tumors of gall bladder and bile duct; Maingot's Abdominal operans, 8th Edn, Appleton and lange Stamford, Ct, Page. 1835-1854

8. **Adson MA,** carcinoma of the gall bladder. *Surgclin North Am* 1973;53;1203-1216

9. **Mishra, Chaturvedi A,** Ahmd Awith al 1995, Epidemiology, aetiology, chemotherapy od cancer gall bladder with special reference to intra-hepatic arterial infusion with mytomycine, and 5-flourouracil. Fifth international congress on Anti-Cancer chemotherapy, Paris Abstract no. (0-737) 162

10. **Ahrendt SA, Pitt HA,** Bioary Tract sabiston Test book of surgery, Sixteen Edition 1103-1105

11. **Mishra N.C., Mishra S.Chaturbedi A,** Carcinoma gall bladder, Recent advances in surgery no-20; 69-88

12. Indian Council of Medical Research (ICMR) Anul report of population based cancer registries of National Cancer Research Program 1993,1996, New Delhi ICMR publication, p18

13. Anul report of Bir Hospital 2064,2065

14. **Fielding L.P, Stewart-Brown S. and Dudley HAE.** Surgeon -related variables and the clinical trial. *Lancet* 1978;4:778-80

15. **Person RJC.Smedby B.; Berfenstam R. et al.** Hospital caseloads in Liverpool, New England and UPPLASA. *Lancet* 1968;2:559-66

16. **Cruse PJE, Foord R.:** «The epidemiology of wound infection: a 10 yrs prospective study of 62939 wounds».: *Surg Clin North Am* 60;27 1980.

17. Annual report of Bir Hospital, NAMS 2063-2065.

18. The National Cancer Data Base report on carcinoma of the gallbladder, 1989-1995. : *Cancer.* 1998 Dec 15;83(12):2618-28.

19. **Ahmad A Hai,** Rabindra B Shrivastava test book of surgery 2002

Information about the authors

Anira Vaidya, Surgeon, Candidate of Medical Sciences.

Phone: +977 984 1274167

Address: Bir hospital, Tripureshwor, 00977 Kathmandu, Nepal.

Responsible person for correspondence: Shushakov Nikolay Viktorovich, Surgeon, Candidate of Medical Sciences, Phone. 8(950)336-44-34, dr1992fenix@yandex.ru