

Çocuklarda kolelitiyazis: Antalya yöresinde yedi yıllık deneyim

Aygen YILMAZ¹, Mustafa AKÇAM¹, Özlem AKINCI¹, Güngör KARAGÜZEL², Reha ARTAN¹

¹Akdeniz Üniversitesi Pediatrik Gastroenteroloji Bilim Dalı,

²Akdeniz Üniversitesi Pediatrik Cerrahi Bilim Dalı, ANTALYA

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağında oldukça nadir olan kolelitiyazis tanısı konulup izlenen olguların özelliklerinin ortaya konulmasıdır. **Gereç ve yöntem:** Haziran 1998 ve Haziran 2005 döneminde kliniğimizde kolelitiyazis tanısı alan 23 olguya ait veriler değerlendirildi. **Bulgular:** Olguların 15'i kız (%65.2), sekizi erkek idi (ortalama yaş: 8.3±4.7 yıl). En önemli taş oluşum sebebi hemolitik hastalıklar (%43.5) idi. Olguların %30.4'ünde altta yatan bir neden bulunamadı. Tüm olguların %39'u, hemolitik hastalığı olan olguların ise %80'i asemptomatikti. Kolesistektomi 23 olgunun dokuzunda (%39.1) yapıldı. Olguların %78'inde kesede birden fazla taş saptanırken hemolitik hastalığı olanların hepsinde çoğul kese taşları vardı. Taş analizi hiçbir olguda yapılamamıştı. **Sonuç:** Çocuklarda nadiren saptanan kolelitiyaz konusunda bilgi birikimi yetersizdir. Hemolitik hastalığı olan olguların önemli bölümü asemptomatik olup, kese taşları tesadüfen tespit edilmektedir. Bu olguların periyodik izlemi önemlidir. Semptomatik hastalarda ve çapı 2 cm'den büyük hastalarda laparoskopik kolesistektomi yapılmalıdır. Safra taşı analizine ülkemizde gereken önem verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, safra kesesi taşı, kolelitiyaz

Selçuk Tıp Derg 2006; 22: 17-20

SUMMARY

Cholelithiasis in children: Seven years' experience in Antalya region

Purpose: The aim of this study is the documentation of characteristics of cases diagnosed and followed as cholelithiasis which is quite rare in childhood period. **Material and method:** Data of 23 cases diagnosed as cholelithiasis in our clinic between June 1998 and June 2005 were evaluated. **Results:** Fifteen of cases were female (65.2%) and eight were male (mean age: 8.3±4.7 year). The most important reason of stone formation was hemolytic diseases (43.5%). No underlying reason could be found in 30.4% of cases. About 39% of all cases and 80% of cases with hemolytic diseases were asymptomatic. Cholecystectomy was performed in nine of 23 cases (39.1%). Multiple stones were detected in 78% of all cases while all patients with hemolytic disease had multiple stones. Stone analysis was not performed in any of patients. **Conclusion:** Knowledge about cholelithiasis which rarely detected in children is insufficient. Most of cases with hemolytic disease are asymptomatic and gall bladder stones were detected accidentally. Periodic follow up of these patients is very important. Laparoscopic cholecystectomy must be performed in all symptomatic patients and in patients having stones larger than 2 cm diameter. Needed significance to stone analysis must be given in our country.

Key words : Child, gallstone, cholelithiasis

Kolelitiyaz veya safra kesesi taşı (SKT) çocukluk çağında nadir görülen bir durumdur. Görülme sıklığı coğrafyaya ve yaşa göre değişmektedir (1,2). Erken çocuklukta erkeklerle kızlarda eşit

oranda gözlenirken, adölesan dönemden itibaren kızlarda daha fazla gözlenmektedir. Yeterince epidemiyolojik veri olmamakla birlikte çocuklarda son dönemlerde kolesistektomi sayılarının artması

Haberleşme Adresi: Dr. Aygen YILMAZ

Akdeniz Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ANTALYA

e-posta: aygen@akdeniz.edu.tr

Geliş Tarihi : 12.12.2005

Yayına Kabul Tarihi : 30.01.2006

problemin çocuklarda da arttığını düşündürmektedir (3). Safra taşları kolesterol ve pigment taşları olarak sınıflandırılır, pigment taşları da siyah ve kahverengi pigment taşları olarak iki alt gruba ayrılır. Çocuklarda hemolitik hastalık (HH) ve total parenteral nütrisyon (TPN) siyah pigment taş oluşumunun en önemli nedenleridir (4). Erişkinlerdeki SKT'lerinin %25-33'ü pigment taşları iken, çocuklarda bu oran %70'e ulaşmaktadır (5).

Türkçe literatürde, çocukluk çağında SKT ile ilgili sadece bir çalışmaya rastladık (6). Bu çalışmanın amacı kliniğimizde son yedi yılda SKT tanısı konulup izlenen olguların özelliklerinin gözden geçirilmesi ve literatür ışığı altında tartışılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Haziran 1998 ile Haziran 2005 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Polikliniği'nde muayene edilen yaklaşık 8000 hastanın kayıtlarından ve Çocuk Cerrahisi ameliyat raporlarından, SKT tanısı alan olgular belirlendi. Tam kan, periferik yayma, hemoglobin elektroforezi, direkt coombs, retikülosit, ozmotik frajilite testi, lipit profili, serumda total ve direkt bilirubin ile transaminazlar ve gama glutamil transferaz gibi tetkik sonuçlarından yola çıkarak etyoloji araştırıldı. Olguların demografik verileri, belirti ve bulguları, risk faktörleri ile taş özellikleri değerlendirildi.

BULGULAR

Safra kesesinde taş saptanan toplam 23 olgunun 15'i kız (%65.2), sekizi erkek (%34.8) idi. Olguların yaş ortalaması 8.3±4.7 yıl (8 ay-17 yaş) idi.

Yedi hemoglobinopati ve üç herediter sferositoz olmak üzere toplam 10 olguda HH (%43.5) tespit edildi. Yedi olguda (%30.4) altta yatan bir neden bulunamadı (idyopatik). Olguların karakteristik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Altı (%26.1) olguda SKT oluşumunda rol oynayabilecek tıbbi problemler veya risk faktörleri vardı.

Üç olguda prematürite nedenli TPN öyküsü (%13), iki olguda hiperkolesterolemi (%8.7) ve birinde ailesel safra taşı hastalığı öyküsü (%4.3) tespit edildi. Hiperkolesterolemisi olan iki olguda da ailede kese taşı öyküsü vardı. Tablo 2'de yaş gruplarına göre etiyolojik tanılar özetlenmiştir.

Olguların dördünde ayrıca ek sorun (biri olguda ürolitiyaz, çölyak, Ig A nefropatisi ve ekstrahepatik

Tablo 1: Olguların karakteristik özellikleri (n=23)

	Hemolitik hastalık	İdyopatik	Diğer
Sayı (%)	10 (43.5)	7 (30.4)	6 (26.1)
Yaş ortalaması (yıl)	11.7±3.9	6.4±3.8	4.7±3.1
Cins: kız/erkek	7/3	4/3	4/2
Kolesistektomi: var/yok	6/4	2/5	1/5
Semptom: var/yok	4/6	7/0	3/3
Taş sayısı: çoğul/tek	10/0	4/3	4/2
Ortalama taş boyutu* (mm)	10.8±6.7	7.8±2.9	10.6±9.9

Ortalama değerler ± SD olarak verilmiştir.

* Çoğul taşlarda taş boyutu olarak en büyük taş verilmiştir.

Tablo 2: Olguların yaş gruplarına göre etyolojisi

	0-12 ay (n=1)	1-5 yaş (n=7)	6-17 yaş (n=6)
Hemolitik hastalık, n(%)	-	1 (4.3)	9 (39.1)
İdiyopatik, n(%)	-	3 (13.0)	4 (17.4)
TPN, n(%)	1 (4.3)	1 (4.3)	1 (4.3)
Hiperkolesterolemi, n(%)	-	1 (4.3)	1 (4.3)
Aile öyküsü, n(%)	-	-	1 (4.3)

TPN: Total parenteral nütrisyon

portal hipertansiyon) saptandı. Olguların dokuzu (%39) asemptomatik idi. HH olan olgular, tıkanma sarılığı (TS) ve akut kolesistit (AK) nedeniyle kolesistektomi yapılan olgular ikisi hariç asemptomatikti (%80). SKT olgularının dokuzunda (%39.1) kolesistektomi yapıldı. Bu olguların tanıları, kolesistektomi endikasyonları ve taş özellikleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Olguların 18'inde (%78) kesede birden fazla taş saptandı. HH olan olguların hepsinde çoğul kese taşları vardı. Taş analizi hiçbir olguda yapılamamıştı.

TARTIŞMA

Kolelityaz çocuklarda nadir görülen bir hastalık olup bu konuda pek fazla yayın bulunmamaktadır. Önceleri prematürelde TPN kullanımına veya adolesanlardaki HH'a bağlı olduğu düşünülürken, bu iki durum dışındaki sebeplerin zamanla arttığı gösterilmiştir (7). Bizim serimizde de olguların

Tablo 3: Kolesistektomi yapılan dokuz olgunun özellikleri

Olgu no	Yaş/cins	Tanı	Endikasyon	Taş sayısı	Taş boyutu (mm)*
1	2.5/K	Hiperkolesterolemi	TS, AK	Çoğul	30
2	12/E	İdyopatik	AK	Tek	11
3	10/K	Hereditör sferositoz	Asemptomatik	Çoğul	20
4	14/K	Talasemi majör	TS, kolanjit	Çoğul	7
5	5/K	İdyopatik	AK	Çoğul	5
6	4.5/E	Hereditör sferositoz	TS	Çoğul	11
7	6/K	Orak Hücreli Anemi	AK	Çoğul	25
8	14/K	Talasemi majör	Asemptomatik	Çoğul	10
9	14/K	Talasemi majör	Asemptomatik	Çoğul	7

* Çoğul taşlarda taş boyutu olarak en büyük taş verilmiştir.
TS: Tıkanma sarılığı
AK: Akut kolesistit

yaklaşık yarısında (%48) sebep, bu iki durumdan farklı olup, olguların %30'unda altta yatan sebep ya da risk faktörü gösterilememiştir. Küçük çocuklarda erkeklerle kızlar eşit oranda etkilenirken adolesan dönemden itibaren belirgin bir kadın hâkimiyeti göze çarpmaktadır (8). Bizim serimizde de kız olgular çoğunluktadır (%65) ve HH'a bağlı SKT olan olguların yaş ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir.

Olgularımızın önemli bir kısmı hemoglobinopati tanısı ile izlemde olan hastalardır (%30). Hemoglobinopati olgularında bilirubin taşı oluşumu sık görülen bir durumdur ve prevalansı yaşla birlikte artma eğilimindedir. Orak hücre anemisi olan 10-20 yaş arası çocuklarda pigment safra taşının görülme sıklığı %36 olarak rapor edilmiştir (9). Hereditör sferositozlu çocuklarda ise SKT insidansı %17-29 olarak saptanmıştır (10). Bizim serimizde de üç olgunun %13 tanısı hereditör sferositoz idi.

Çocukluk çağında olguların çoğu asemptomatiktir. Literatürde olguların %95.3'e varan oranlarda asemptomatik olabileceği belirtilmiştir (11). Bizim olgularımızın dokuzu %39 asemptomatik olup taşlar rutin ultrasonografik incelemeler sırasında ortaya çıkarılmıştır. Bu durum HH olan olgularda daha belirgin idi ve TS ve AK nedeniyle kolesistektomi yapılan ikisi hariç bu olgular asemptomatikler %80. Bu da HH olan olguların periodik olarak ultrasonografik incelemelerinin yapılmasının zorunlu olduğunu ortaya koymaktadır.

Safra taşı olan bebek ve çocuklarda ciddi komplikasyon riski erişkinlerden fazla görünmemektedir. Safra taşı 2 cm'den küçük olan çocukların seri

ultrasonografi ile izlenmesi önerilir çünkü safra taşlarının kendiliğinden kaybolmaları olasıdır. Uludağ Üniversitesi çocuk kliniğinde safra kesesi taşı ve/veya çamuru olan 10 olgunun değerlendirildiği çalışmada, olguların hepsinde taş oluşumunun primer bir sebebi bulunmuş olup bu olguların yarısının kendiliğinden düzeldiği ve bu olguların hepsinde taş boyutunun 2 cm'den küçük olduğu rapor edilmiştir (6). Büyük taşların (>2 cm) safra kesesi karsinomu yapma olasılıkları küçüklere göre fazladır. Bu taşların kendiliğinden yok olma şansları olmadığı için semptomsuz olsalar da kolesistektomi yapılması uygun olur (12). Serimizde 20 mm ve üzeri boyutta taşı olan üç olguya rastlanmış olup bunların hepsinde kolesistektomi yapılmıştır. Uludağ Üniversitesi'nin serisinde 2 cm'den büyük taşı olan tek olgunun da tekrarlayan akut kolesistit atakları sebebi ile kolesistektomi gerektirmesi, bu görüşü desteklemektedir. Semptomsuz da olsalar özellikle orak hücreli anemisi olan olgularda kolesistektomi hemen yapılmalıdır. Orak hücreli anemideki hemolitik krizlerle, bilyer koliğin ayırımı yaş ilerledikçe güçleşecektir, bu yüzden erken cerrahi ile mortalite ve morbidite azalır (9). Serimizde orak hücreli anemili bir olgu vardı ve bu olgu AK nedeniyle opere edildi. Semptomatik taş hastalıklarında kolesistektomi yapılmalıdır. Akut kolesistit varlığında komplikasyonların üstesinden gelinebileceği düşünülüyorsa acil kolesistektomi önerilebilir ancak genellikle ameliyat birkaç gün ile birkaç ay ertelenir. Serimizde kolesistektomi yapılan olguların beşinde ameliyat endikasyonu, tekrarlayan AK veya kolanjit olup bunların ikisinde acil kole-

sistektomi gerekti. Günümüzde laparoskopik kole-sistektominin geleneksel operatif kolesistektomiye üstünlüğü çocuklarda da gösterilmiştir (13). Serimizde opere edilen dokuz olgudan son üç olguya laparoskopik kolesistektomi başarıyla yapılmış ve herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir. Cerrahinin kontra endike olduğu durumlarda, kenodeoksikolik asit veya ursodeoksikolik asit veya her ikisinin kombinasyonu ile eritme, ekstrakorporal şok dalgası ve sonrasında oral safra asitleriyle eritme tedavisi veya kolesterol çözücülerin safra kesesine doğrudan yerleştirilmesi gibi tedavi seçenekleri vardır (14). Kliniğimizin ihtiyaç duyulmaması sebebiyle, bu tedavi seçenekleri ile ilgili deneyimi yoktur. Olguların 18'inde %78 çoğul kese taşı saptandı. Hemolitik hastalığı olan olguların hepsinde çoğul kese taşları vardı. Bir görüşe göre SKT çoğul ve küçük bile olsa kole-sistektomi yapılmalıdır çünkü bu taşların sistik kanala düşmesi ve AK ve TS gibi semptomları yapma olasılığı daha fazladır (15). Ancak bizim serimizde, HH olan olguların hepsinde çoğul taşlar olmasına rağmen bu olgular genelde asempto-

matik idi. Dolayısı ile bizim verilerimiz bu görüşü desteklememektedir.

Çocukluk çağında safra taşı analizi ile ilgili dünyada çok az yayın vardır. Bir çalışmada erişkinlerde henüz rapor edilmeyen kalsiyum karbonat taşının, çocuklarda dördüncü tip kese taşı olarak gündeme gelmesi önerilmiştir (16). Bizim olgularımızın hiçbirinde taş analizi yapılmamıştır. Bu durumun en önemli nedeni bu iş için ülkemizin teknik koşullarının olmamasıdır. Ekonomik koşullar ve doktorların bu konuya gereken önemi vermemesi de olası nedenler arasında sayılabilir.

Sonuç olarak; Kolelitiazis çocuklarda nadirdir ve bu konudaki bilgi birikimi yetersizdir. Hemolitik hastalığı olan olguların önemli bölümü asemptomatik olup, kese taşları rutin tetkikler sırasında tesadüfen tespit edilmektedir. Bu olguların periyodik izlemi önemli olup, endikasyon konulduğunda tercihen laparoskopik kolesistektomi derhal yapılmalıdır. Safra taşı analizine ülkemizde gereken önem verilmeli ve bu konuda girişim başlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Wendtland-Born A, Wiewrodt B, Bender SW, Weitzel D. Prevalence of gallstones in the neonatal period. *Ultraschall Med* 1997; 18: 80-3.
2. Palasciano G, Portincasa P, Vinciguerra V, Velardi A, Tardi S, Baldassarre G, et al. Gallstone prevalence and gallbladder volume in children and adolescents: an epidemiological ultrasonographic survey and relationship to body mass index. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 1378-82.
3. Miltenburg DM, Schaffer R 3rd, Breslin T, Brandt ML. Changing indications for pediatric cholecystectomy. *Pediatrics* 2000; 105:1250-3.
4. Soloway RD, Wu J. Analysis of gallstones. In: Muraca M; ed. *Methods in Biliary Research*. Boca Raton (FL): CRP Pres, Inc, 1995; 167-90.
5. Freisen CA, Roberts CC. Cholelithiasis: Clinical characteristics in children. *Clin Pediatr* 1989; 7: 294-8.
6. Özkan T, Kılıç Ş, Tarım A, Tanritanır A, Özeke T. Çocukluk çağında kolelitiazis. *Bursa Devlet Has. Bült.* 1997; 13: 121-5.
7. McEvoy CF, Suchy FJ. Biliary tract disease in children. *Pediatr Clin North Am.* 1996; 43: 75-98.
8. Stringer MD. Gallbladder disease and cholelithiasis. In: Howard ER, Stringer MD, Colombani PM; eds. *Surgery of the Liver, Bile Ducts and Pancreas in Children*. 2nd ed. London: Arnold Publishers; 2002; 189-208.
9. Bond LR, Hatty SR, Horn ME, Dick M, Meire HB, Bellingham AJ. Gall stones in sickle cell disease in the United Kingdom. *Br Med J* 1987; 295: 234-6.
10. Tamary H, Aviner S, Freud E, Miskin H, Krasnov T, Schwarz M, et al. High incidence of early cholelithiasis detected by ultrasonography in children and young adults with hereditary spherocytosis. *J Pediatr hematomol Oncol* 2000; 25: 952-4.
11. Ganesh R, Muralinath S, Sankaranarayanan VS, Sathiyasekaran M. Prevalence of cholelithiasis in children-a hospital-based observation. *Indian J Gastroenterol.* 2005; 24: 85.
12. Diehl AK. Gallstone size and the risk of gallbladder cancer. *JAMA* 1983; 250: 2323-6.
13. Simi M, Schietroma M, Carlei F, Iannucci D, Cianca G, Leardi S. Is laparoscopic cholecystectomy a safe alternative to open cholecystectomy for pediatric patients with cholelithiasis? *Endoscopy* 1996; 28: 312-5.
14. Schoenfield LJ, Berci G, Carnovale RL, Casarella W, Caslowitz P, Chumley D, et al. The effect of ursodiol on the efficacy and safety of extracorporeal shock-wave lithotripsy of gallstones. The Dornier National Biliary Lithotripsy Study. *N Engl J Med* 1990; 323: 1239-45.
15. Rescorda FJ. Cholelithiasis, cholecystitis, and common bile duct stones. *Curr Opin Pediatr* 1997; 9: 276-82.
16. Stringer MD, Taylor DR, Soloway RD. Gallstone composition: are children different. *J Pediatr* 2003; 142: 435-40.