

KOLEDOK KİSTLERİNDE TEŞHİS VE TEDAVİ

Dr.Ömer KARAHAN *, Dr. İrfan TUNÇ **, Dr. Adnan KAYNAK ***,
Dr. Yüksel TATKAN ****, Dr. Alaattin VURAL *****

ÖZET

Bu çalışmada iki erkek çocukta teşhis ve tedavi edilen koledok kistleri sunulmuştur. Olgulardan birinde ultrasonoğrafi ve intravenöz kolonjiografi, diğerinde ise ultrasonoğrafi ve hepatobiliyer sintiografi ile tanı konuldu. Tedavi olarak birine koledokokistoduodostomi, diğerine Roux-en-Y şeklinde koledokokistojunostomi yapılmıştır. Her iki olguda bu ana kadar semptomsuzdu.

SUMMARY

Diagnosis and Treatment of Choledochal Cysts

Two patients, 11 and 12 years old treated for choledoc cysts are presented, One of them was diagnosed by ultrasonography and the other by ultrasonography and hepatobiliary scanning technics preoperatively. One patient underwent choledochocystoduodostomy and the other Roux-en-Y choledochocystojejunostomy. They had no complaints postoperatively.

GİRİŞ

Koledok kanalının çeşitli seviyede ve şekilde mukozadan yoksun kistik dilatasyonları koledok kisti olarak adlandırılmaktadır. Olayın patogenezinde safra kanallarının epitelizasyonundaki orantısızlık ve primer ektazi gibi hadiselerin etkili olduğu savunulmuşsa da en çok kabul gören teori pankreatik sıvının reflüsü sonucu meydana gelen tripsinin yaptığı destrüksiyonu ileri süren teoridir (1).

Alonso-Lej tarafından yapılan klasifikasyona, görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler sonucunda iki tip daha ilave edilmiştir. Böylece koledok kistleri beş tip olarak tasnif edilmektedir.

Tip I: İntahepatik duktal dilatasyon olmaksızın koledokun konjenital kistik dilatasyonu,

Tip II: Koledokun divertiküler malformasyonu,

Tip III: Ampuller obstrüksiyonla birlikte koledokosel,

Tip IV: İntahepatik ve ekstrahepatik safra kanallarının multipl kistleri (Tip IVA) veya ekstrahepatik safra kanallarının multipl kistleri (Tip IVB),

Tip V: Tek veya multipl intharahepatik kistler (Caroli hastalığı).

Koledok kistinin 1.500.000-2.000.000 canlı doğumda bir ve Batı toplumlarından çok Japonya başta olmak üzere Doğu toplumlarında görüldüğü kaydedilmektedir. Nadir olmasına karşılık tıkanma sarılığı, bilier siroz, portal hipertansiyon, kist rüptürü ve kanserleşmesi (1, 2) gibi ciddi komplikasyonları bulunan hadisenin iki vaka dolayısıyla

* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğr. Üyesi, Y. Doç. Dr.

** S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Arş. Gör.

*** S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğr. Üy. Prof. Dr.

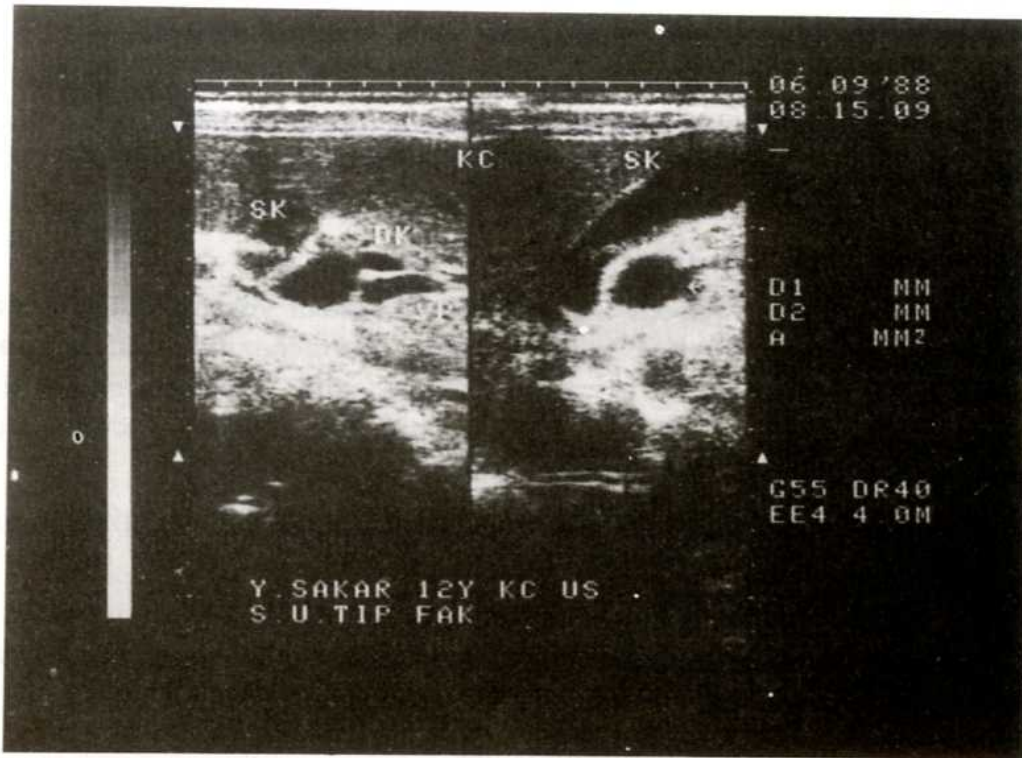
**** S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğr. üy., Prof. Dr.

***** S.Ü.T.F. Radyoloji A.B.D. Uzman Dr.

incelenmesi yararlı bulunmuştur.

VAKA 1

Y.Ş. 12 yaşında, erkek hasta, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle getirildi. Anamnezinden dört sene önce sarılık geçirdiği ve son 9 gündür epigastriumda yemeklerle alakasız aralıklı ve kramp şeklinde ağrılarının bulunduğu öğrenildi. Fizik muayene bulguları normaldi. Kan ve idrar tetkikleri indirekt bilirubinun hafif yüksekliği dışında normal hudutlardaydı. Ultrasonografi ve i.v. kolanjiografide koledok kisti tespit edildi (Şekil 1). 13.9.1988 günü ameliyata alınan hastada Tip I'e uyan koledok kisti saptandı. Kolesistektomi ve Roux-en-Y şeklinde koledokokistojejunostomi yapıldı. Ameliyat sonrası komplikasyonsuz seyretti. Bu vakamız postop 14. ayda yapılan kontrolünde semptomsuz bulunmuştur.



ŞEKİL 1

Birinci vakanın ultrasonografisinde koledokta kistik dilatasyon mevcuttur.

VAKA 2

Ş.İ. 11 yaşında, erkek hasta, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle getirildi. Öz geçmişinde 5 sene önce benzer şikayetleri sebebiyle apandektomi geçirdiği, o zamandan beri zaman zaman gelen kramp şeklinde ağrıları olduğu saptandı. Fizik muayenesinde epigastriumda hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı. Kan ve idrar tetkikleri normal bulundu. Ultrasonografi, perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) ve hepatobilier sintigrafide koledok kanalında kistik dilatasyon saptandı (Şekil 2, 3). 13.6.1989 günü yapılan ameliyatta Tip I'e uyan koledok kisti saptandı. Kistin çıkartılması çevresiyle ilişkisi nedeniyle mümkün olmadı. Kolesistektomi ve koledokokistoduodenostomi yapıldı. Şifa ile taburcu edilen vaka postop 7. ayda yapılan muayenesinde semptomsuz bulunmuştur.



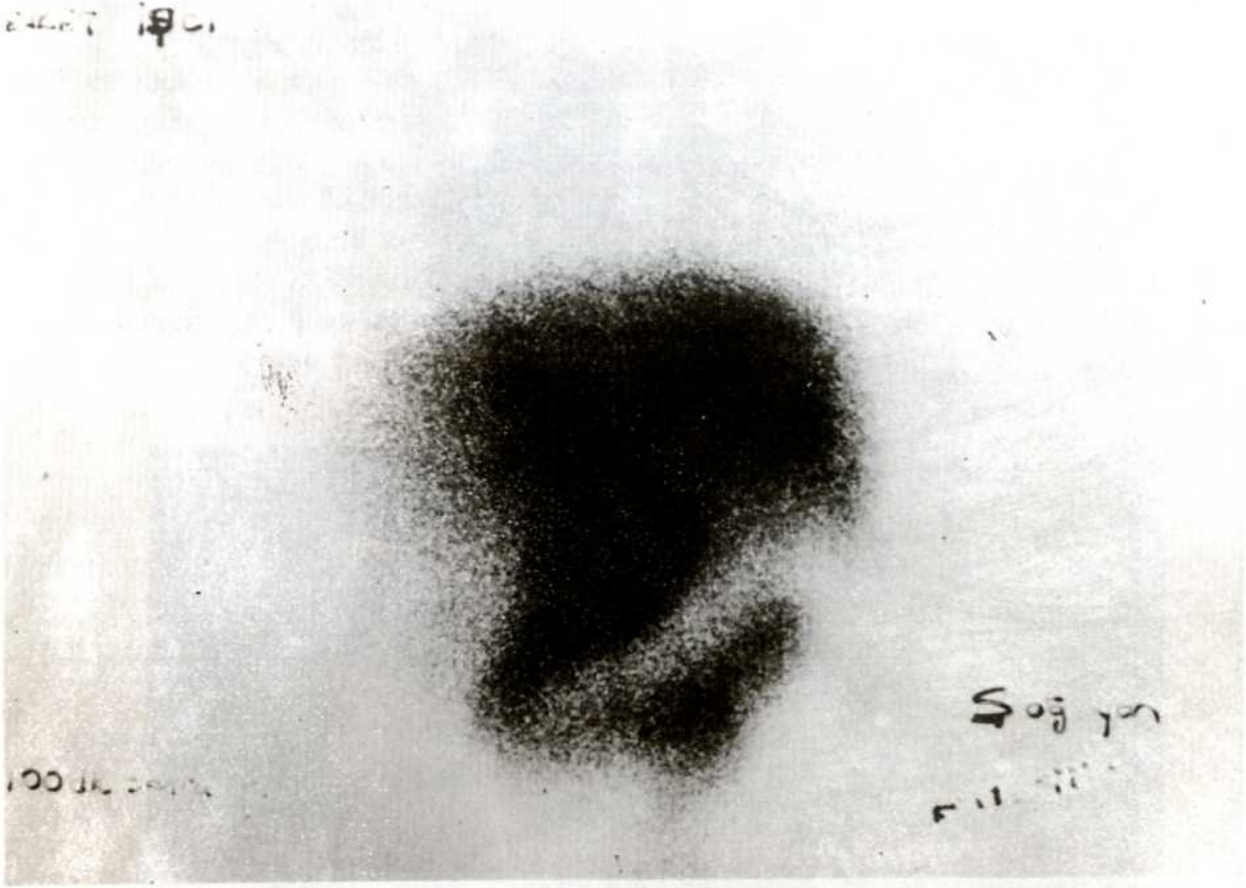
ŞEKİL 2

İkinci vakanın PTK'sinde koledok kisti görülmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Koledok kistlerinin kadınlarda erkeklere göre 3.5-4 misli daha sık görüldüğü ve %81'e varan oranda 10 yaşın altında saptandığı bildirilmektedir (2). Vakalarımızın ikisi de erkek olup yaşları 11 ve 12'dir.

Karın ağrısı, karında palpabl kitle ve sarılık koledok kistli hastaların klasik triadı olarak belirtilmiştir (1, 2, 3). Ancak triadın görülme sıklığı %24 gibi düşük bir oranda olabilmektedir. Tan ve arkadaşları tarafından sarılığın vakaların %79'unda, ağrının %55'inde ve karında palpabl kitlenin ise %31'inde mevcut olduğu ifade edilmiştir (2). Karın ağrısı, bulantı ve kusma her iki vakamızda da müracat sebepleridir. Birinin anemnezinde geçirilmiş sarılık bulunmasına rağmen klinikte kaldıkları süre içinde ikisinde de sarılık ve karında kitle saptanamamıştır.



ŞEKİL 3

İkinci vakanın hepatobilier sintigrafisinde koledok kisti görülmektedir.

Koledok kistli hastaların çoğunluğunda tıkanma sarılığına benzer şekilde serum bilirubin ve alkalin fosfataz değerlerinde artış olduğu ifade edilmektedir (1). Bizim hastalarımızın birisindeki hafif indirekt bilirubin artışı dışında iki vakada da bütün laboratuvar değerleri normal bulunmuştur.

Ultrasonografi koledok kistlerinin tanısında en kullanışlı ve doğru teşhis sağlayıcı yöntem olup %89.6-100 oranında tanı koydurabilmektedir. Diğer görüntüleme yöntemlerinden PTK, endoskopik retrograt kolanjiopankreatografi ve hepatobiller sintigrafisi gerekli ve uygun vakalarda kullanılır. Bilgisayarlı tomografi kanser şüphesi olanlarda, operatif kolanjiografi malformasyonun tabiatını belirlemede yararlıdır (1, 2). Vakalarımızın tanısında ultrasonografi, i.v. kolanjiografi, PTK ve hepatobilier sintigrafisi kullanılmıştır. En kolay ve yararlı olan ultrasonografidir.

Koledok kistinin çıkartılması kistte karsinom gelişmesini ve asandan kolanjiti önlemek için tercih edilecek yöntemdir (3). Kistin tam çıkartılması ve Roux-en-Y şeklindeki hepatikojejunostominin mortalitesi düşük ve sonuçları mükemmeldir. Kistin eksize edilmesiyle, safra stazı ve taş oluşumu için rezervuar da ortadan kaldırılmış olacaktır (2). Tip II şeklindeki koledok kistlerinde divertiküler kısım eksize edilerek kalan kısım primer olarak kapatılır (1).

Halen popüler olan kist drenajı yöntemlerinden koledokokistojejunostomi ve koledokokistoduodenostominin anastomoz darlığı, safra stazı ve taş oluşumu ve kist

duvarında maligniteye dönüşüm gibi mahsurlarına işaret edilmiştir. Kist çıkartılmayan vakalarda kolesistektomi tavsiye edilmektedir. Zira safra yollarındaki staz taş sebebi olmaktadır (1, 2).

Vakalarımızın birinde Roux-en-Y şeklinde koledokokistojunostomi, ikincisinde koledokokistoduodenostomi uygulanmıştır. Her ikisinde de kolesistektomi yapılmıştır. Bu vakalar sarasıyla 14 ay ve 7 aydır semptomsuzdurlar.

Teşhisi, günümüz imkanlarıyla kolay olan koledok kistleri yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Bu nedenle sağ üst kadranda aralıklı ağrı ve sarılık atakları bulunan hastalarda hatıra getirilmeli ve tesbiti halinde cerrahi olarak tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. O'neil, J.A., Jr, Templeton, J.M., Jr., et al.; Recent experience with Choledochal cyst. Ann. Surg. 205(5): 533-540, 1987.
2. Tan, K.C., Howard, E.); Choledochal cyst: A 14 year surgical experience with 36 patients. Br. J. Surg., 75 (9): 892-895, 1988.
3. Todani, T., Watanabe, Y., et al.; Congenital Choledochal cyst with intrahepatic involvement. Arch. Surg., 119: 1038-1043, 1984.