

YENİ DOĞANDA SAFRA TAŞI: SPONTAN REZOLÜSYON

(Bir Vaka Takdimi)

Dr. Hasan KOÇ*, Dr. Alaeddin DİLSİZ**, Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU***, Dr. Aziz POLAT*

* S.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

*** S.Ü.T.F. Radyoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Yenidoğan döneminde safra taşı nadirdir. Safra taşına sıklıkla başka patolojiler öncülük eder. Bu yazıda yenidoğan döneminde teşhis edilen safra taşı vakası sunuldu. Rh uyumsuzluğuna bağlı hemolitik sarılığı olan ve fototerapi uygulanan bir yenidoğanda ultrasonografik inceleme ile safra taşı tesbit edildi. 6 ay sonra tekrarlanan ultrasonogramda taşın spontan rezolüsyona uğradığı gözlemlendi.

Anahtar Kelime: Safra taşı

SUMMARY

Spontaneous Resolution of Gallstone in A Newborn (A Case Report)

Gallstone in the newborn period is rare and usually other pathological causes precede. In this report a gallstone case diagnosed in the newborn period is presented. By using ultrasonographic technique, a gallstone was diagnosed in a newborn with hemolytic jaundice caused by Rh incompatibility and having phototherapy. Six months later it was observed that the gallstone had resolved spontaneously when ultrasonography repeated.

Key Word: Gallstone

GİRİŞ

Yenidoğan döneminde safra taşı nadirdir. Ultrasonografinin yaygın kullanımı ile asemptomatik safra taşlarının görülme insidansı artış göstermiştir (1). Bu artış tedavide klasik olarak önerilen kolektomi yerine konservatif yaklaşımı gündeme getirmektedir. Bu yazıda yenidoğan döneminde saptanan, daha sonra spontan rezolüsyona uğrayan bir safra taşı vakası takdim edildi.

VAKA TAKDİMİ

Miadında vajinal yolla doğan kız bebek ilk gün beliren sarılık nedeniyle yenidoğan ünitesine yatırıldı. Muayenede ağırlığı 3600 gr., boyu 51 cm., baş çevresi 35.5 cm. olup sarılık ve hepatosplenomegali tesbit edildi. Anne kan grubu B Rh (-), bebek kan grubu ise B Rh (+) idi (Rh uyumsuzluğu). Serum bilirubin değerleri total bilirubin: 26.0 mg/dlt., indirekt bilirubin: 21.1 mg/dlt., direkt bilirubin: 4.9 mg/dlt. idi. Direk Coombs testi: (+), hemoglobin: 14.4 gr/dlt., Hematokrit: % 43, Retikülosit: % 15,

periferik yaymasında parçalı % 64, metamiyelosit % 1, myelosit % 2, lenfosit % 23, normoblast % 8, eozinofil % 2 idi. Trombositler bol kümeli, eritrositlerde poikilositoz ve anizositoz mevcuttu. Yapılan diğer laboratuvar incelemelerinde; SGOT: 209 I.U. SGPT: 37 I.U., Alkalen fosfataz: 176 I.U. idi. Hepatitis-B antijeni: (-), TORCH (Toxoplazma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes), G6PD, hemoglobin elektroforezi normaldi. Ozmotik frajilite ve Sickling testi negatifti.

Hastaya ilk gün yüksek indirekt hiperbilirubine-misi nedeniyle iki kez kan değişimi (exchange transfüzyon) uygulandı. Transfüzyon sonrası fototerapi uygulandı. Üçüncü gün serum total bilirubini: 13 mg/dlt., indirekt bilirubin: 7.7 mg/dlt., direkt bilirubin: 5.3 mg/dlt. olması üzerine fototerapiye son verildi. Hastanın enfeksiyon bulgusu yoktu. Poliklinik düzeyinde direkt hiperbilirubinemi yönünden takip edilmek üzere taburcu edildi. Takiplerinde sarılık ve hepatomegalisinin devam ettiği ve gaitasının akolik olduğu gözlemlendi. 4 haftalık olduğunda serum

bilirubin değeri total: 5.0 mg/dlt., direkt: 2.75 mg/dlt., indirekt: 2.25 mg/dlt. idi. Yapılan ultrasonografik incelemede; karaciğer parankimi ve safra yolları normal olarak değerlendirildi. Safra kesesinde 1 adet taşa ait gölge tesbit edildi (Resim-1).

Sekizinci haftada tekrarlanan sonografik incelemede taşa ait gölgenin devam ettiği gözlemlendi. Hepatomegalisi ve sarılığı azalmakla birlikte devam ediyordu. 1 ay sonraki kontrole hasta gelmedi. Daha sonra mektupla irtibat kurulan hasta, 6 aylık olduğunda kontrole geldi. Kontrolde klinik olarak sarılığı kaybolmuştu. Hepatomegalisi yoktu. Büyüme ve gelişmesi normal (% 50 persentil), oral alımı iyi, gait rengi normaldi. Serum total bilirubin değeri: 1.1 mg/dlt., direkt bilirubin: 0.2 mg/dlt., indirekt bilirubin: 0.9 mg/dlt., SGOT: 52 I.U., SGPT: 36 I.U., Alkalen fosfataz: 160 I.U. idi. Tekrarlanan ultrasonografik incelemede safra kesesi normal olarak değerlendirildi, taşa ait gölge yoktu (Resim-2). Daha sonra 1 yaşına kadar izlenen hastada safra kesesi sonografik olarak normal, karaciğer fonksiyon testleri, büyüme ve gelişme normal sınırlardaydı.

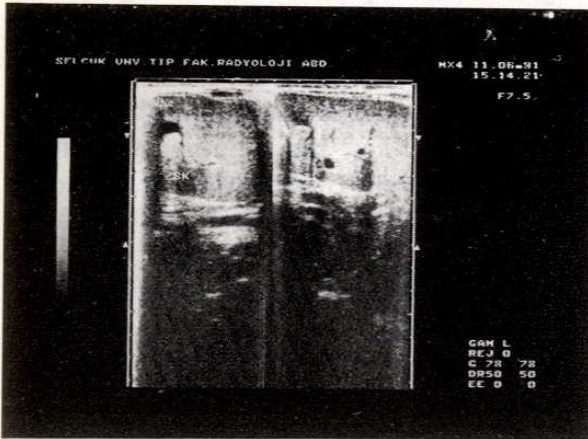
TARTIŞMA

Safra taşı çocuklarda, özellikle yenidoğan döneminde ve bebeklerde nadir görülen bir problemdir. Nadir olmakla beraber yenidoğan döneminde ve hatta intrauterin dönemde maternal ultrasonografi ile saptanan safra taşı yayınlanmıştır (1, 2). Birçok patoloji safra taşı oluşumuna öncülük edebilir. Bunlar

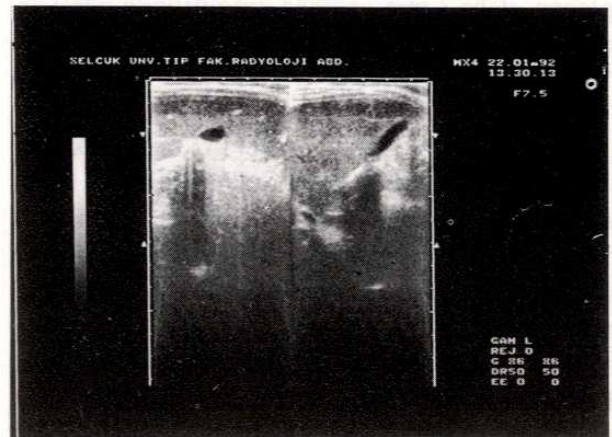
arasında hemolitik hastalıklar (ABO ve Rh uyumsuzluğu, orak hücreli anemi, herediter sferositoz...), safra yollarının konjenital anomalileri, total parenteral beslenme, karın içi ameliyatlar, kardiyak ameliyatlar, uzun süreli açlık, diüretik kullanımı, fototerapi, umbilikal ven kateterizasyonu, neonatal nekrotizan enterokolit, ileal rezeksiyon, kısa barsak sendromu, antikanser tedavi, spinal kord travma ve operasyonları, kistik fibrozis, seftriakson kullanımı sayılabilir (1, 3-10). Vakaların 1/3 - 1/5'inde predispozan faktör tesbit edilemez (1, 10). Ultrasonografinin yaygın kullanımı ile asemptomatik safra taşlarının teşhis edilebilmesi, hem insidansı artırmış, hem de daha önce bilinmeyen predispozan faktörlerin varlığını ortaya koymuştur (1). Bizim vakamızda Rh uyumsuzluğuna bağlı hemoliz ve fototerapi uygulaması predispozan faktör olabilir.

Yenidoğan döneminde ve bebeklikte semptomatik safra taşları daha sık morbidite ve mortalite ile beraberdir (3, 11). Ancak çocuklarda ultrasonografi ile asemptomatik taşların tanınması sonucunda bu dönemde kolesistit, koledokolitiazis ve perforasyon erişkinlere göre daha az oranda yayınlanmıştır (1).

Çocuklarda safra taşı görülme insidansının artması ve bunların büyük bir kısmının asemptomatik olması tedavinin nasıl olması gerektiği sorusunu da beraberinde getirmektedir. Önceleri ideal tedavinin kolesistektomi olması gerektiği vurgulanırdı (12). Son zamanlarda ise total parenteral beslenme sonrası gelişen taşlarda ve bebeklerde konservatif olarak iz-



Resim 1. Safra kesesi içinde konveks konturlu arka gölgeleme veren hiperekojen kalkül görülmektedir.



Resim 2. Safra kesesinden alınan longitudinal ve transvers ultrasonografik kesitlerde kese içinde kalkül olmadığı görülmektedir.

leme önerilmektedir. Ayrıca bebeklerde safra taşlarının spontan rezolüsyona uğradığını bildiren yayınlar da vardır. Jacir ve arkadaşlarının yayınladığı 4 vakanın 3'ünde safra taşının spontan rezolüsyonu bildirilmiştir (3). Keller ve arkadaşları spontan rezolüsyona uğrayan 5 safra taşı vakası yayınlamışlar-

dır (5). Bizim vakamızda 6 aylık bir süre sonunda safra taşı spontan rezolüsyona uğramıştır. Bu olgu yenidoğan döneminde ve bebeklerde tesbit edilen safra taşlarında konservatif olarak izlemeyi öngören tercihi desteklemektedir.

KAYNAKLAR

1. Reif S, Sloven DG, Lebenthal E. Gallstones in children. *AJDC* 1991; 145: 105-108.
2. Heijne L, Ednay D. The development of fetal gallstones demonstrated by ultrasound. *Radiography* 1985; 51: 155.
3. Jacir NN, Anderson KD, Eichelberger M, Guzzetta PC. Cholelithiasis in infancy: Resolution of gallstones in three of four infants. *J Pediatr Surg* 1986; 21: 567-569.
4. Friesen C, Robert C. Cholelithiasis: Clinical characteristics in children. *Clin Pediatr* 1989; 28: 294-298.
5. Keller MS, Markle BM, Laffey P, Chawla HS, Jacir N, Frank JL. Spontaneous resolution of cholelithiasis in infants. *Radiology* 1985; 157: 345-348.
6. Sarnaik S, Slovis TL, Corbett DP, Emami A, Whitten CF. Incidence of cholelithiasis in sickle cell anemia using the ultrasonic gray-scale technique. *J Pediatr* 1980; 96: 1005-1008.
7. Schaad UB, Wedgwood-krucko J, Tschaeppler H. Reversible ceftriaxone-associated biliary pseudolithiasis in children. *Lancet II* 1988; 8625: 1411-1413.
8. Williams HJ, Johnson KW. Cholelithiasis: a complication of cardiac surgery in children. *Pediatric Radiol* 1984; 14: 146-147.
9. King DR, Ginn-pease MF, Lloyd TV, Hofman J, Hohenbrink K. Parenteral nutrition with associated cholelithiasis: Another iatrogenic disease of infants and children. *J Pediatr Surg* 1987; 22: 593-596.
10. Mahmoud H, Schell M, Pui C. Cholelithiasis after treatment for childhood cancer. *Cancer* 1991; 67: 1439-1442.
11. Hugher RG, Mayell MJ. Cholelithiasis in a neonate. *Arch Dis Child* 1975; 56: 815-816.
12. Pokorny WJ, Saleem M, G'Orman RB, McGill CW, Harberg FJ. Cholelithiasis and cholecystitis in childhood. *Am J Surg* 1984; 148: 742-744.