

Koledok Kisti (Olgu Sunumu)

CHOLEDOCHAL CYST (CASE REPORT)

Ahmet KAZEZ*, Ahmet C.DURAK**, Kazım ÖZÜM***,
Hamit OKUR****, Canan KIR*, Mustafa KÜÇÜKAYDIN*****

Df. Eroyes Çocuk Cerrahisi ABD,
** Yrd.Doç.Dr.Erciyes Radyoloji ABD,
~* Yrd.Doç.Dr.Erciyes Çocuk Sağlığı ve Hast. ABD,
**** Yrd.Doç.Dr.Erciyes Çocuk Cerrahisi ABD,
***** Prof.Dr.Erciyes Çocuk Cerrahisi ABD, KAYSERİ

ÖZET

İlk semptomları sarılık ve kanama diyatezi olan, 6 aylık bir kız hastada tip 1 A koledok kisti tesbit edildi. Total kistektomi ve Roux-en-Y hepatiko jejunostomi uygulandı. Ameliyat sonrası 12.gününde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Beş aylık takip süresince patolojik bulgu tesbit edilmedi. Biz bu vakayı koledok kistinin nadir bir semptomu olan kanama diyatezi görülmesi nedeniyle sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Koledok kisti

T Klin Pediatri 1995,4:28-30

Koledok kisti nadir bir anomali olup intra ve/veya ekstrahepatik safra yollarındaki genişlemeler için kullanılan bir terimdir. Yeni doğan ve süt çocukluğu dönemlerinde klinik bulguları sarılık, akolik gaita ve hepatomegalidir. Daha ileri yaşlarda görülen tipinde tekrarlayan karın ağrısı ve sarılık atakları ön plandadır. Literatürde hipersplenizm olmadan kanama diyatezi geliştiren koledok kistine rastlanmamıştır, ilk defa 1723'de Vater tarafından tanımlanan koledok kistlerinin insidensi iki milyon canlı doğumda birdir ve kızlarda erkeklere oranla üç kat daha sık görülür (1-4). Büyük kısmı Japonya'da olmak üzere şimdiye kadar yaklaşık 3000 vaka bildirilmiştir (1). Koledok kisti nedeniyle ameliyat edilen ve ilk bulguları sarılık, kanama diyatezi olan bir hastayı takdim ederek konuyu literatür ışığında tartıştık.

OLGU SUNUMU

AK (655630), altı aylık kız hasta sarılık, kırmızı döküntüler, akolik gaita yapması, kusma ve son bir hafta-

Gelis Tarihi: 17.10.1994

Yazışma Adresi: Dr.Ahmet KAZEZ
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi ABD, KAYSERİ

SUMMARY

A 6 month-old-girl with type 1 A choledochal cyst is presented. The first symptoms were jaundice and hemorragie diathesis. A total cystectomy and Roux-en-Y hepatico-jejunostomy were carried out. The patient was discharged from the hospital without any complication on the 12th postoperative day. There was no pathology during the five months follow-up period. We want to present this case, because of the coexistence of hemorrhagic diathesis and the choledochal cyst.

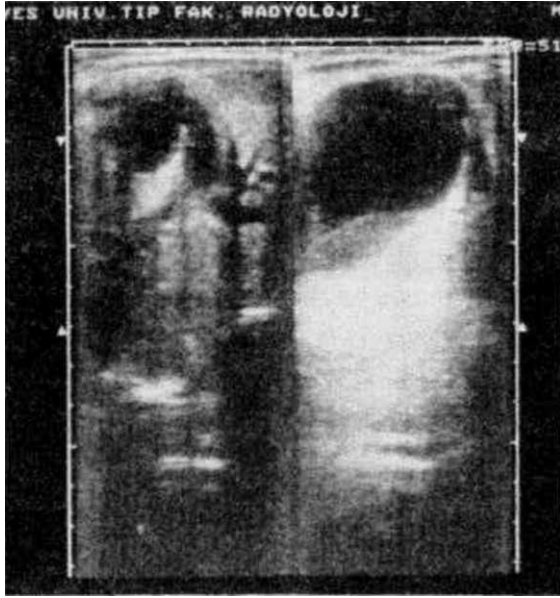
Key Words: Choledochal cyst

T Klin J Pediatr 1995, 4:28-30

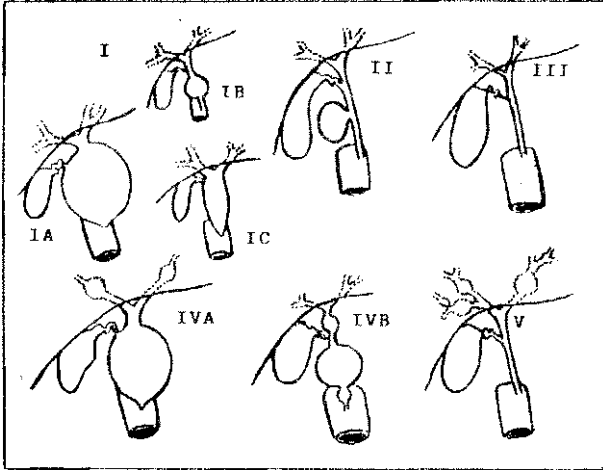
dır melenasının olması nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Sarılığının ilk defa dört aylıkken farkedildiği ve giderek arttığı, bir haftadır cildinde ekimozlar olduğu, iki kez melen şeklinde gaita yaptığı, idrar renginin koyu olduğu, hematemezinin ve kusmasının olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ciltte ve skleralarda yaygın ikter, vücut değişik bölgelerinde ekimozlar ve karında sağ üst kadranda sınırları iyi belirlenemeyen kitle tesbit edildi.

Laboratuvar Bulguları

Hastanın kan analizinde hemoglobin: 10.5 gr/dl, beyaz küre: 11200/mm³, trombositleri 278000/mm³, total bilirubin: 8.4 mg/dl, direk bilirubin: 4.7 mg/dl, alkalin fosfataz: 222 U/L (N:24-82 U/L), SGOT: 95 U/L (N:7-23 U/L), SGPT: 70 U/L (N:1-24 U/L). Parsiyel tromboplastin zamanı: 13 saniye (N:<40 sn), Protrombin zamanı (Ptz): 35 saniye (N:11-15 sn) olarak bulundu, idrar tetkikinde; dansite: 1010, bilirubin: (+++), ürobilinojen yoktu. Batın ultrasonografisinde (US): Ortak safra kanalı lokalizasyonunda, safra kesesinden ayrı, yaklaşık 8 cm çapında kistik oluşum görüldü (Şekil 1). Bilgisayarlı tomografide (BT): Porta hepatis lokalizasyonunda, tek, kistik, yer kaplayıcı oluşum izlendi, intrahepatik safra yollarında dilatasyon izlenmedi.



Şekil 1. Koledok kistinin ultrasonografik görünüşü.



Şekil 2. Koledok kistlennde Todani sınıflaması (2):
Tip 1A: Ortak safra kanalında kistik genişleme, Tip 1B: Ortak safra kanalında fokal segmental genişleme, Tip 1C: Füzyiform koledok dilatasyonu, Tip 2: Gerçek koledok divertikülü, Tip 3: Koledokosel, Tip 4A: Multipl intrahepatik ve ekstrahepatik kistler, Tip 4B: Multipl ekstrahepatik kistler, Tip 5 (Caroli hast): Tek veya multipl intrahepatik kistler.

Koledok kisti ön tanısı ile ameliyata alınan hasta da tip 1 A koledok kisti tesbit edildi. Gastrointestinal sistemde melanayı izah edecek bir patoloji izlenmedi. Kist içinden yaklaşık 80 cc safra aspire edildi. Total kistektomi, Roux-en-Y hepato-jejunostomi ve intestinal muhtevanın karaciğere reflüsünü önlemek için Nagaji antireflü işlemi yapıldı. Post operatif komplikasyon gelişmeyen hasta 12. gününde şifa ile taburcu edildi. Karaciğer biyopsisinin histopatolojik incelenmesinde koledok dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Beş ay son-

ra yapılan fizikmuayenesi, batin US bulguları ve biyokimya değerleri normal sınırlarda idi.

TARTIŞMA

Koledok kistleri hepatoobiliyer ağacın cerrahi düzeltme gerektiren, benign, ancak komplikasyonları fazla olan bir patolojisidir. Koledok kistlerinin sınıflamasını ilk defa 1959 yılında Alonso-Lej ve ark. (2) yapmış ve beş gruba ayırmışlardır. Todani ve ark. (2) 1977'de bu sınıflamayı modifiye etmişlerdir. Bugün en fazla Todani'nin sınıflaması (Şekil 2) kullanılmaktadır (1,2). Vakamız bu sınıflamaya göre tip A olarak değerlendirildi.

Etyolojisinde değişik teoriler ileri sürülmüştür. Anormal pankreatiko-biliyer duktal birleşme (APBDJ), safra yollarının primer zayıflığı ve epitelyal hücrelerin eşit olmayan çoğalması gibi konjenital sebeplerden bahsedildiği gibi pankreatit, enfeksiyöz kolanjit gibi edinsel sebeplerin de etyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (4,7). Bu teorilerden en çok üzerinde durulan APBDJ'dir (2,4-7). Vakaların çoğunda endoskopik retrograd kolanjiyografi (ERCP) veya intraoperatif kolanjiyografi ile bu anomali gösterilmişse de bazı vakalarda birleşme normal olarak tesbit edilmiştir (2,5,6). Vakamızda operatif kolanjiyografi yapılmış ve kistin ince bir kanalla duodenuma açıldığı ancak pankreatik kanala opak maddenin geçmediği görülmüştür. APBDJ'li vakaların %58'inde pankreatik enzimlerin özellikle Tripsin'in aktivitesi tesbit edilmiştir. Ancak Tripsin aktivitesi olan hastalar daha büyük çocuklardır, iki aydan küçük olan bebeklerde enzim aktivitesi tesbit edilmemiştir (7). Bu durum pankreatik salgı teorisini zayıflatmaktadır. Çünkü koledok kistleri intrauterin dönemde bile 15. haftadan itibaren tesbit edilebilmektedir (8). Ülkemizde çocukluk yaş grubunda çok az vaka bildirilmiştir (9,10). Bu hastada ilk belirtiler 4 aylıkken ortaya çıkmış ve erken belirti vermesi nedeni ile de etyolojisinde konjenital bir sebep olduğu düşünülmektedir.

Koledok kistlerinde yeni doğan ve süt çocukluğu dönemlerinde en sık görülen bulgular akolik gaita, tıkanma sarılığı ve hepatomegali olup bu bulgularla biliyer atreziyi taklit eder. Daha geç semptom veren kistlerde klasik triad karın ağrısı, sarılık ve abdominal kitledir (8). Hastamızda sarılıkla beraber kanama diyatezi daha ön planda görülmüştür. Uzamış protrombin zamanı ve tıkanma sarılığı göz önüne alındığında kanama diyatezinin K vitaminin yetersiz emilimine bağlı olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle hastaya 3 mg K vitamini verilmiş ve kontrolünde Ptz değerinin normal sınırlara gerilediği (15 saniye) görülmüştür.

Koledok kistlerinin tanısında US, BT, direkt kolanjiyografi, perkütan transhepatik kolanjiyografi ve ERCP kullanılmaktadır. Bunların arasında US kolay ve non-invaziv olması nedeniyle en sık başvurulan tanı aracıdır. BT ise intrahepatik safra yolları hakkında daha doğru bilgi vermektedir (1,3,12). Hastamızın tanısı US ve BT kullanılarak konulmuştur.

Tedavide yıllar içinde gelişmeler olmuştur. İlk uygulamalar aspirasyon, marsupiyalizasyon ve eksternal drenaj şeklindedir. Bu uygulamaları takiben internal drenaj yöntemlerinin kullanıldığı dönem başlamıştır (13). Internal drenaj yöntemlerinde kist-duodenostomi uzun yıllar en sık kullanılan yöntem olmuştur. Daha sonra bu yöntem komplikasyonlarının çokluğu nedeni ile terkedilmiş ve bazı yazarlar kist-jejunostomi, Roux-en-Y anastomoz yapmışlardır (13). Hepatiko-duodenostomi gastrik sıvının reflü riskinden dolayı tercih edilmez. Kist-enterostomilerde en yüksek komplikasyon oranını %50 morbidite ve %25 reoperasyon ile Flanagan (14) bildirmiştir. Alonso-Lej 1959'da primer rezeksiyon, Kasai ve ark. (15) 1970'de Roux-en-Y hepatiko-jejunostomi uygulamışlardır. Günümüzde en sık kist eksizyonu ve hepatiko-jejunostomi uygulanmaktadır (8,16). Tip 3 kistlerde Venu ve ark. (17) endoskopik olarak veya cerrahi olarak sfinkteroplasti ile yeterli düzelmenin olacağını bildirmişlerdir. Hastamızda kist eksizyonu, Roux-en-Y hepatiko-jejunostomi ve intestinal muhtevanın reflüsüne mani olmak için Nagaji tekniği uygulanmıştır.

Sonuç olarak yenidoğan ve erken süt çocukluğu dönemlerinde sarılık sebepleri arasında olan koledok kistlerinin nadir de olsa kanama diyatezine sebep olabileceği hastamızda görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Scott JS, James FB, Anthony CV et al. Choledochal cyst classification and cholangiographic appearance. *AJR* 1991; 156:327-31.
2. Kazuo C, Akitoshi K. Surgical management and long-term follow-up of patients with choledochal cysts. *Am J Surg* 1993; 165:238-42.
3. Tan GEL, Howard ER, Driver M, Murray-Lyon IM. Non-communicating multiseptate gall bladder and choledochal cyst: a case report and review of publications. *Gut* 1993; 34:853-6.
4. Wen JS, Yug JW, Ching SC. Choledochal cysts: a nine-year review. *Acta Paediatr* 1993; 82:383-6.
5. Misra SP, Dwivedi M. Pancreatic biliary ductal union. *Gut* 1990;31:1144-49.
6. Schweizer P, Schweizer M. Pancreatic biliary long common channel syndrome and congenital anomalous dilatation of the choledochal duct-study of 46 patients. *Eur J Pediatr Surg* 1993; 3:15-21.
7. Yamashiro Y, Sato M, Shl Mizu T, Oguchi S, Miyano T. How great is the incidence of truly congenital common bile duct dilatation. *J Pediatr Surg* 1993; 28:622-5.
8. Joseph HC, Kimberty WM. Radiological cases of the month. *AJDC* 1993; 147:1005-06.
9. Altın MA, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A. Çocukluk çağı koledok kistlerinin cerrahi tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 1985;18:186-90.
10. Başaklar AC, Tunç E. Konjenital koledok kistleri. *Pediyatrik Cerrahi Dergisi* 1989; 3:52-4.
11. Forbes A, Murray-Lyon IM. Cystic disease of the liver and biliary tract. *Gut supplement*, supp 1991; 116-22.
12. William Y, Caroline B, Susan W, Theodore P. Congenital biliary dilatation: a spectrum of disease detailed by ultrasound. *British J Radiol* 1990; 63:333-6.
13. O'Neill JA Jr. Choledochal cyst. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravltch MM, eds. *Pediatric surgery year book medical publishers. Inc, Chicago* 1986:1056.
14. Flanagan DP. Biliary cysts. *Ann Surg* 1975; 182:635-43.
15. Kasai M, Asakura Y, Taira Y. Surgical treatment of biliary cyst. *Ann Surg* 1970; 72:844-7.
16. Joseph VT. Surgical techniques and long term results in the treatment of choledochal cyst. *J Pediatr Surg* 1990; 25:782-7.
17. Venu RP, Geenen JE, Hogan WJ et al. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the diagnosis and treatment of choledochoceles. *Gastroenterology* 1984; 87:1144-49.