

Koledok Kistinde Tanı ve Tedavi

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHOLEDOCHAL CYST

Doç.Dr.Şükrü ÖZER, Doç.Dr.Kemal ÖDEV, Prof.Dr.Adnan KAYNAK,
Yrd.Doç.Dr.Saim AÇIKGÖZOĞLU, Dr.Nazihat ARGON

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, KONYA

ÖZET

Bir olguda ultrasonografi (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile, 1 olguda US, perkütan transhepatik kolanjiyografi (PTK) ve radyonüklid hepatobilyer sintigrafi ile, 1 olguda da US, PTK ve BT ile, diğer olguda sadece US ile koledok kisti tanısı konuldu. Koledok kistlerinin tanısında öncelikle US yararlı bulundu. US'nin kesin tanıyı koymakta yeterli olmadığı durumlarda BT ve diğer yöntemlerden yararlanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ultrasonografi, Bilgisayarlı tomografi,
Perkütan transhepatik kolanjiyografi,
Radyonüklid hepatobilyer sintigrafi

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991, 3:

Koledok kistleri ekstrahepatik ya da intrahepatik bilyer sistemin veya her ikisinin kistik genişlemesi ile karakterize yaygın olmayan anomalisidir.

Vater'in (1723) bu antiteyi ilk olarak tanımladığından beri, kaynaklarda 3000 olgu tanımlanmıştır (1). Bu anomali sıklıkla Japonya ve diğer uzak doğu ülkelerinde görülmektedir. Sık sık tekrarlayan kolanjit ataklarına, taş oluşumuna, sarılığa ve bilyer sistemde malign tümör gelişmesine neden olmaktadır (2).

Geliş Tarihi: 22.7.1991

Kabul Tarihi: 10.10.1991

Yazışma Adresi: Prof.Dr.Adnan KAYNAK
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD,
KONYA

SUMMARY

A case of choledochal cyst is described in which correct diagnosis was obtained preoperatively by ultrasonography (US) and computed tomography (CT). In one case, correct diagnosis was obtained by US, percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) and radionuclid hepatobiliary scintigraphy. Choledochal cyst was accurately diagnosed by US, PTC and CT, as well as in one case.

Key Words: Ultrasonography, Computed tomography

Turk J Gastroenterohepatol 1991, 3:

MATERYEL VE METOD

Koledok kisti tanısı alan 4 olgu (3 erkek, 1 kadın) değerlendirildi. Sonografik inceleme probe frekansı 3,75 MHz, realtime cihaz (Toshiba SAL 77B) ile, BT inceleme 512X512 matriks, tarama süresi 3 saniye olan 3'üncü jenerasyon cihazla (Toshiba TCT 600 S), PTK 500 mA, 125 kV gücünde röntgen cihazı (Toshiba) ile yapıldı. Siemens ZCL gama kamera ile intravenöz (IV) yol ile 5 mCi ^{99m}Tc ile işaretlenmiş isobutyl iminodiasetik asit bileşiği (^{99m}Tc-HIDA) verilerek sintigrafik inceleme yapıldı.

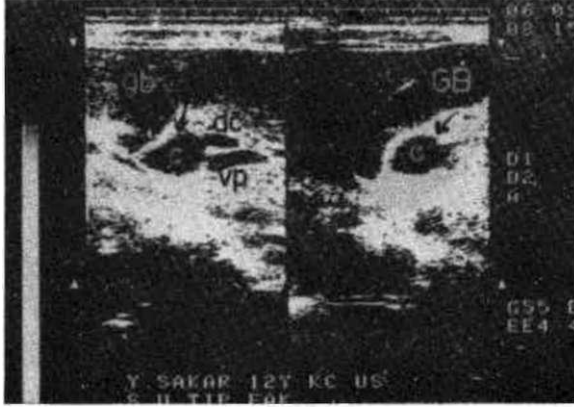
Vak'a Takdimi

I.Olgu: 12 yaşında erkek hasta, hikayesinden 4 yıl önce sarılık geçirdiği öğrenildi. Klinik incelemesinde, bulantı, kusma ve epigastriumda ağrı ve sarılık saptandı. Serum bilirubin değeri orta dere-

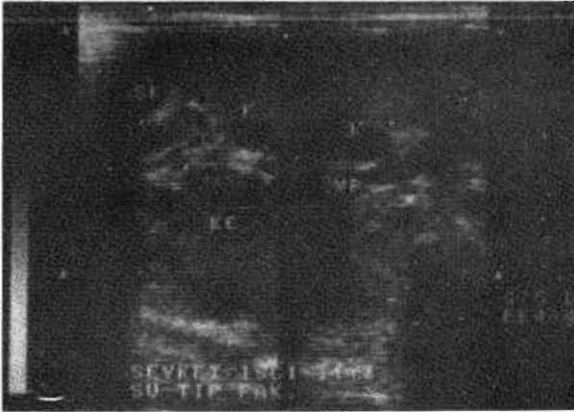
cede yüksek bulundu. Laboratuvar değerleri direkt üstünlüğü gösteren total bilirubin yüksekliği hariç normal bulundu. İntravenöz kolanjiyografi (IVK) bilyer sistemin minimal derecede geniş olduğu saptandı. US incelemede, koledok kanalı normalden geniş olarak bulundu. Safra kesesine yakın alanda kistik lezyon saptandı. Safra kesesi normal görünümde idi (Şekil 1).

Preoperatif olarak Todani'nin sınıflandırmasına göre Tip IB olarak koledok kisti tanısı konuldu. Sonografik bulgular cerrahi girişim bulguları ile verifiye edildi. Kolesistektomi ve Roux en-Y koledokokisto jejunostomi yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi.

II.Olgu: 11 yaşında erkek hasta, sarılık ve sağ üst kadranda ağrı öyküsü vardı. Dört yıldan beri benzer yakınmaları olduğu öğrenildi. US, PTK ve hepatobiliyer sintigrafi ile keseye yakın alanda lokalize kole-



Şekil 1. Sırbkostal taramada safranın kesesine komşu alanda koledok kanalı ile devamlılığı bulunan kistik kitle mevcuttur.



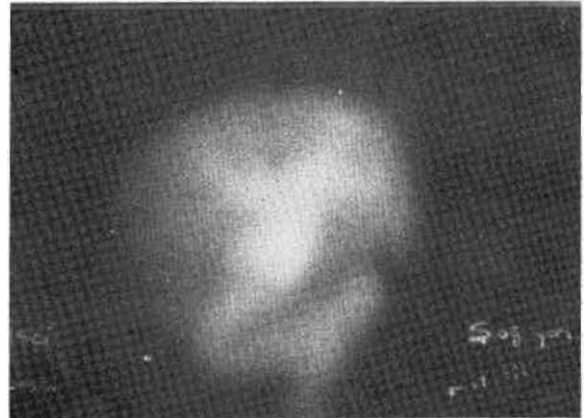
Şekil 2a. US'de safranın kesesi lateralinde vena porta ile yakın komşuluğu bulunan kistik lezyon görülmektedir.

dok kanalı ile bağlantısı olan kistik kitle saptandı (Şekil 2a,b,c).

Radyolojik bulgular cerrahi girişim sırasında doğrulandı. Cerrahi girişimde porta hepatiste büyük bir kist (Todani sınıflandırmasına göre Tip IB) vardı. Kolesistektomi ve koledokokisto duodenostomi yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi.



Şekil 2b. PTK'de koledok kanalında lokal kistik genişleme mevcuttur.



Şekil 2c. Olgunun sintigrafik incelemesi.

HLOlgu: 54 yaşında kadın hasta, hikayesinden 1 yıldan beri intermitan olarak devam eden sağ üst kadran ağrısı olduğu öğrenildi. Klinik incelemesinde, skleralar ikterik görünümde idi. İnfüzyon kolanjiyografide, bilyer sistem opasifiye edilemedi. US incelemede, koledok kanalına yakın alanda 33x38 mm boyutlarında kistik kitle görüldü. Karaciğer içi safra yolları geniş olarak bulundu. Hepatobilyer sintigrafide, kistik kitle opasifiye edilemedi.

IV (%50'lük Biligrafın 25 ml, Schering AG) ve oral yol ile (Ultravist 370 50 ml Schering AG + 500 ml su) kontrast madde verilerek yapılan BT incelemede, distal koledok kanalı seviyesinde 37x31 mm büyüklüğünde kistik kitle görüldü. Koledok kanalının kistik kitle ile basıya uğradığı saptandı. Kistik kitle kontrast madde ile doldurulamadı. Cerrahi girişimde büyük sakküler kist boşluğunun (Todani sınıflandırmasına göre Tip II-Ekstrahepatik supraduodenal divertikül) safra çamuru ile dolu olduğu gözlemlendi. Kölesistektomi, kist eksizyonu, koledokotomi+T drenaj ayrıca duodenotomi ve transduodenal sfinkterotomi uygulandı.

Postoperatif T-tüb kolanjiyografide koledok kanalının opasifiye olduğu görüldü (Şekil 3a,b,c).

rV.Olgu: 84 yaşında erkek hastada uzun süreden beri devam eden sağ üst kadran ağrısı vardı. Hikayesinden sarılık geçirdiği öğrenildi. Laboratuvar incelemesinde, alkali fosfataz değeri normal değerlerin üzerinde idi. Sonografik incelemede, safra kesesinde, kistik kitlede ve koledok kanalında çok sayıda taşlar saptandı. Koledok kanalı proksimalinin sakküler biçimde genişlediği (Todani sınıflandırmasına göre



Şekil 3a. US'de safra kesesine yakın alanda 37x31 mm ebadında kistik lezyon mevcuttur.



Şekil 3b. BT'de pankreas başı seviyesinde lamlner şekilde kontrast madde tutulumu gösteren hipodens kitle.



Şekil 3c. Post operatif T-tüb kolanjiyografide, koledok kanalı vizüaliz olmaktadır.

Tip IC) görüldü. Oral (Ultravist 370*50 ml, Schering AG 500 ml su) ve IV (Ultravist 370*50 ml) yol ile kontrast madde verilerek yapılan BT incelemede, karaciğer içi safra yollarında diffüz olarak genişleme saptandı. Pofa hepatis seviyesinden geçen kesitte

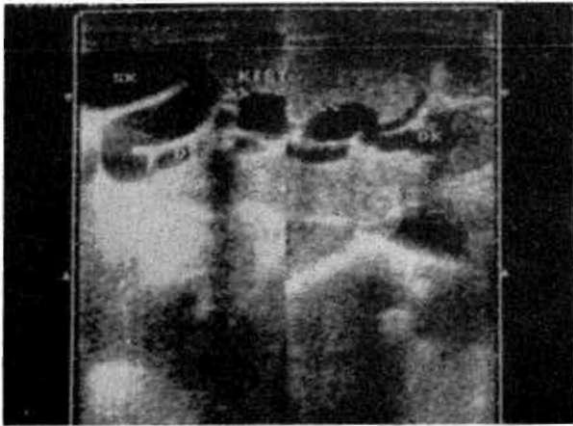
birleşik kanalın distalinde sakküler genişleme ve içinde seviyelenme, pankreas başı seviyesinde ise koledok kanalında taş saptandı. Yapılan PTK de, koledok proksimalinin ileri derecede geniş ve katlanmalı olduğu, lümeninde ve geniş kistik segmentte birçok sayıda taş imajlarına ait radyolüsent gölgeler tespit edildi (Şekil 4a,b,c).

Hastanın ameliyatı ısrarla kabul etmemesi, yaşının ileri (84) olması ve klinik semptomların kaybolması nedeni ile eksplorasyon yapılamadı. Semptomların olması halinde müracaatta bulunması önerildi.

Koledok kistlerinin orijini bilinmemektedir. Ancak fütüste ve yeni doğan döneminde görülmesinden dolayı konjenital anomali olarak kabul edilmektedir (1). Klinik bulgular spesifik değildir.

Üst abdomende ağrı, sarılık ve palpe edilebilen kitle olabilir. Konvansiyonel radyolojik inceleme yöntemlerinden IVK ya da oral kolesistografi ile kistin lokalizasyonu sıklıkla mümkün değildir (3,4). Olgularımızda bu inceleme yöntemleri ile kistik lezyon opasifiye edilemedi. İnvaziv tanı yöntemi olan PTK ise bilyer sistem hakkında daha ayrıntılı bilgi vermektedir (1). Olgularımızdan 2'sinde (Olgu 2 ve 4) bu yöntem ile koledok kisti tanısı konuldu. Kaynaklarda, olguların yaklaşık olarak %65'inde tanının cerrahi girişim esnasında konulduğu belirtilmektedir. Bu olgularda spesifik tanının preoperatif olarak konulduğu olgulara göre daha yüksek cerrahi girişim riskinin bulunduğu bildirilmektedir (3,5).

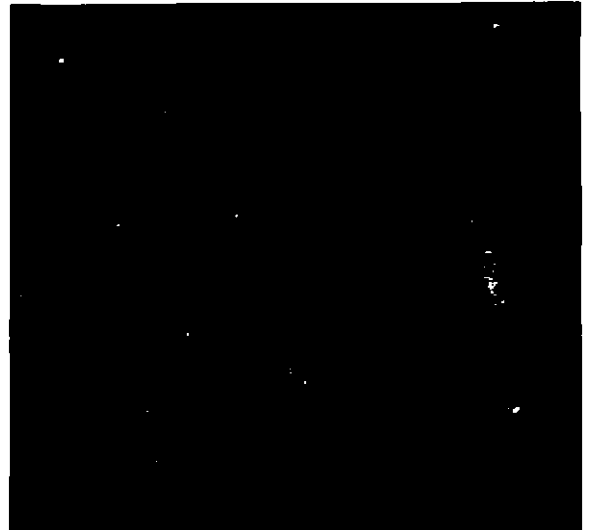
Hepatobilyer sintigrafi ile olguların yaklaşık olarak %80'inde kistin teşhis edildiği belirtilmektedir.



Şekil 4a. US'eif safra kesesinde ve sistik kanalda distansiyon, koledok proksimalinde kistik genişleme görülmektedir.



Şekil 4b. PTK'de koledok proksimalinden fısıfırm genişlemesi ve tüm ekstrahepatik bilyer kanal içinde lokalize taş gölgeleri



Şekil 4c. BT'de porta hepatis düzeyinde birleşik kanalda genişleme ve seviyelenme görülmektedir.

dir (6). Olgularımızdan 1'inde (Olgu 2) koledok kisti bu yöntem ile teşhis edildi. US koledok kistlerinin tanısında kullanılan en uygun görüntüleme yöntemidir. Kaynaklarda safra kesesine komşu sıvı içeren

kistik kzyonların saptanmasında sonografinin çok yardımcı olduğu belirtilmektedir (2,3,6). Mezenterik kist, böbrek, över, karaciğer kisti ve pankreas psödo-kisti gibi abdominal kistik lezyonlar ayrııcı tanıda gözönünde tutulmalıdır (2,3). Bu çalışmada, 4 olguda da US ile doğru tanı konuldu. Koledok kistinin kistik özelliği, kistin ebadı, komşu organlarla ilişkisi hakkında BT daha ayrıntılı bilgi vermektedir. Gerek bilyer gerekse diğer kontrast maddelerle IV yol ile yapılan BT incelemede safra yollarının kistik genişlemesi spesifik olarak görülmektedir (6). Olgulardan 2'sinde (Olgu 3 ve 4) kistin kesin olarak lokalizasyonu tayin edildi. Koledok kistleri tıkanma sarılığının yaygın olmayan nedenlerinden birisidir. Kolelitiazis, koledokolitiazis, kistolitiazis, pankeatit, bilyer siroz ve kolanjiyokarsinom gibi komplikasyonlara neden olduğu vurgulanmaktadır (1). Olgularımızdan 4'ünde de sarılık öyküsü vardı. Dördüncü olguda kist ile beraber kolelitiazis, koledokolitiazis ve kistolitiazis saptandı. Bu konjenital anomalide, koledokokisto duodenostomi, Roux-en Y koledokokistojejunostomi ve koledok kistinin eksizyonu gibi cerrahi yöntemler uygulanmaktadır (2,3,6). Bu çalışmada Todani (7) sınıflandırmasına göre, cerrahi girişim esnasında Tip IB (Olgu 1 ve 2) Tip II (Olgu 3) ve Tip IC (Olgu 4) olarak gözlenen olgularda değişik cerrahi girişim yöntemleri uygulandı. Bilindiği gibi Alonzo Lej (8) sınıflandırması da kullanılmakta ise de biz en son kabul edilen Todani sınıflandırmasını tercih ettik.

SONUÇLAR

Sarılık olsun olmasın sağ üst kadran ağrısı ya da palpe edilebilir kitle olan olgularda koledok kistinin olabileceği düşünülmelidir. Şüpheli bilyer sistem anomalilerinde birincil inceleme yöntemi sonografi olmalıdır. US kesin tanıyı tayin etmede yetersiz kaldığı zaman koledok kistinin değerlendirilmesinde uygulanacak yöntem BT olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Savader SJ, Beneati JF, Venbrux AC, Mitchell SE, Widlus DM, Cameron JL, et al. Choledochal cysts: Classification and cholangographic appearance. *AJK* 1991; 156:327-31.
2. Araki T, Hai Y, Tasaka A. CT of choledochal cyst. *AJR* 1980; 135:729-34.
3. Renter K, Raplopoulos VD, Cantelma N, Filzpatrick G, Hewes I.E. The diagnosis of choledochal cyst by ultrasound. *Radiology* 1980; 136:437-8.
4. Rosenfield N, Grisson NT. Choledochal cysts: Roentgenographic techniques. *Radiology* 1975; 114:113-9.
5. Flamigan PD. Biliary cyst. *Ann Surg* 1975; 182:635-43.
6. Paivansalo M, Merikanlo J, Iahde S, Hiélalo SO, Leinonen A, Jouppiia P, et al. Radiographic diagnosis of bile duct cysts. *Acta Radiológica* 1988; 29(6):657-61.
7. Crittenden SI, Mc Kinley MJ. Choledochal cyst-Clinical features and classification. *Am J Gastroenterol* 1985; 80:643-7.
8. Alonzo-Lej F, Rcvor WB, Pessagno DJ. Congenital choledochal cyst with a *repon* of 2 and analysis of 94 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1959; 108:1-30.