

Konjenital Koledok Kisti (Vaka Takdimi)

CONGENITAL CHOLEDOCHAL CYST(CASE REPORT)

Cengiz KOÇYİĞİT*, Cihan YILDIRIR**, M.Şehsuvar GÖKGÖZ'

* Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ABD,

** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, SİVAS

ÖZET

Konjenital koledok kisti çocuklarda nadir görülen bir anomalidir. Özellikle ultrasonografinin artan sıklıkla kullanılması, bu patolojiyle daha sık karşılaşılmasını sağlamıştır. Bu yazıda koledok kisti nedeni ile takip ve tedavi edilmiş bir kız çocuk sunulmuş ve bu nadir patoloji ile ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Koledok kisti

T Klin Gastroenterohepatoloji 1995; 6:149-151

Koledok kistleri iki milyon canlı doğumda bir görülen anomalilerdir (1). 1980'11 yıllarda dünya tıp literatüründe, çoğunluğu Japonya'dan olmak üzere 2000 civarında vaka'nın yer aldığı görülür (2). Türkiye'de ise bugüne kadar yayınlanan vaka sayısı 20 civarındadır (2). Asya ülkeleri pediatrik cerrahi merkezlerinin son raporları, her yıl ortalama 4 hasta ile karşılaştığını bildirmektedir (3).

Koledok kistlerine cerrahi yaklaşım 1980'lerden başlayarak önemli değişiklikler göstermiştir. Özellikle vakaların büyük kısmının görüldüğü Japonya'da operatif tercihler, morbidite ve mortaliteyi azaltan prosedürlere yönelmiştir (4).

Koledok kistinin tedavi edilmemesi, genellikle hastanın, biller siroz, kistin spontan rüptürü, pankreatit ve portai hipertansiyona bağlı gastrointestinal kanamalar nedeniyle kaybedilmesine neden olmaktadır (5).

VAKA TAKDİMİ

2.5 aylık kız hasta. Mart 1994'de sarılık nedeniyle polikliniğimize başvuran hastanın anamnezinden, doğumdan 3 gün sonra sarılığının başladığı ve giderek arttığı öğrenildi. Hastanın fizik incelemesinde, dit ve skleralarikterikti. Karın

Geliş Tarihi: 02.12.1994

Yazışma Adresi: Dr. Şehsuvar GÖKGÖZ
P.K. 19, 58121 SİVAS

T Klin J Gastroenterohepatol 1995, 6

SUMMARY

Congenital choledochal cysts are rare anomaly in children. With the increasing use of ultrasonography in children, congenital choledochal cysts are being more frequently detected.

In this case report a female infant with choledochal cyst is presented and literature is reviewed.

Key Word: Choledochal cyst.

T Klin J Gastroenterohepatol 1995; 6:149-151

muayenesinde karaciğer midklavikuler hatta kosta kavsini 4 cm geçmekte ve hasta akolik gaita çıkarmaktaydı. Başka patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde, total bilirubin: 6.8 mg/dL, direkt bilirubin: 4.2 mg/dL, SGOT: 280 U/L, SGPT: 87U/L, Alkalen fosfataz: 1093 U/L olarak bulundu.

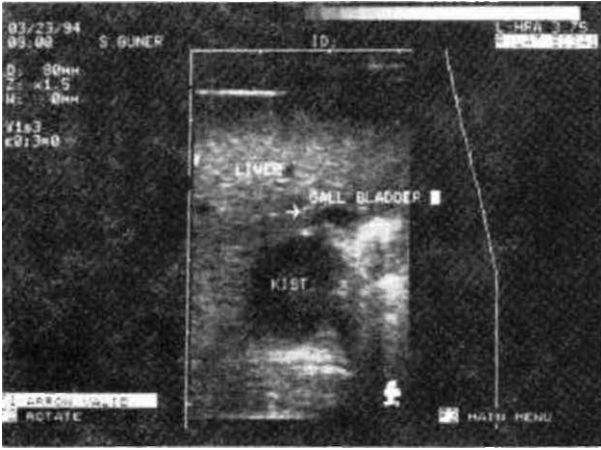
Karın ultrasonografisinde Tip I koledok kisti tanısı konuldu (Şekil 1). Tanı çekilen bilgisayarlı tomografi ile doğrulandı (Şekil 2).

Laparotomide, Tip I koledok kisti saptandı. Koledokta difüz dilatasyon mevcuttu. Kist eksizyonu ve Roux-en-Y hepatikojejunostomi uygulandı. İnsizyonel karaciğer biopsisi alındı. Biopsi sonucunda, sirotik değişikliklerin dışında başka patoloji saptanmadı.

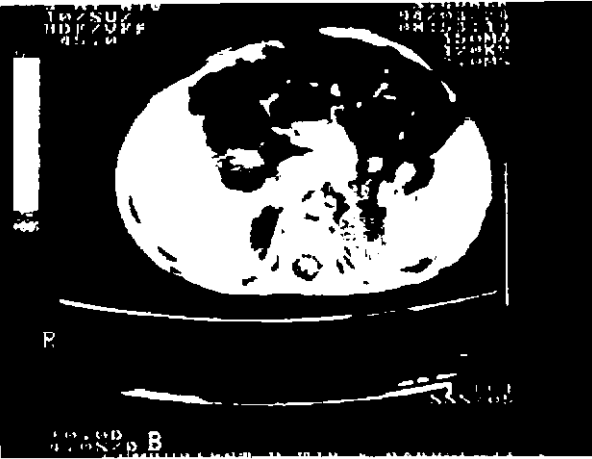
Hastanın postoperatif dönemde herhangi bir sorunu olmadı. Postoperatif 4. haftada yapılan laboratuvar çalışmasında total bilirubin: 5.2mg/dL, direkt bilirubin: 3.9 mg/dL, SGOT: 363 U/L, SGPT: 61 U/L, Alkalen fosfataz: 313 U/L'e kadar düştü. Postoperatif 5. ayda total bilirubin: 1.2 mg/dL, direkt bilirubin: 0,9 mg/dL, SGOT: 66 U/L, SGPT: 36 U/L, Alkalen fosfataz: 114 U/L olarak saptandı. Hasta postoperatif 6. ayda sorunsuz olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Koledok kistleri çoğunlukla çocukluk çağında ortaya çıkar ve kızlar erkeklere oranla 3 kez daha sık etkilenir (6).



Şekil 1. Konjenrtal kolediok kisti



Şekil 2. Konjenital kolediok kisti

Safra kanallarının kistik dilatasyonunun etiolojisini açıklamaya yönelik çok sayıda çalışma yapılmış olmasına karşın, kesin neden tam olarak bilinmemektedir. Ancak tüm vakalarda, koledok ile pankreas kanallarının birleşim yerinde ve açısında bir anomali olduğu kabul edilir (7,8). Bu anatomik bozuklukların pankreatik salgıların koledok içine reflüsünü kolaylaştırdığı ve koledok içinde inflamasyon ve fibrozise yol açarak, daha proksimal kanalların dilatasyonuna neden olduğu öne sürülmektedir (9,10).

Klinik olarak, abdominal ağrı, sağ üst kadranda palpabl kitle ve sarılık ayrı ayrı veya birlikte görülebilmektedir. Ancak, bu klinik triad hastaların %25'inde mevcuttur (2). Bizim hastamızda da sadece sarılık bulunmaktaydı. Koledok kistleri 5 tipe ayrılırlar. En sık görülen tip ise, Tip I denilen ekstrahepatik safra kanallarında segmental veya diffüz dilatasyonun bulunmasıdır (12). Hastamızın ameliyat öncesi karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi ile Tip I koledok kisti teşhisi kondu ve ameliyat esnasında da diffüz koledok dilatasyonu saptandı.

Vakaların %20'sinde rüptür meydana gelir (6). Genellikle spontan olmakla beraber, bazen travma veya artmış intraabdominal basınç gibi mekanik bir neden saptanabilir. Safra peritoniti, fulminan peritonite ilerleyebilir. Pankreatit %10 oranında görülür ve ilerleyen yaşla birlikte bu oran %30'lara çıkabilir (6).

Ultrasonografi, koledok kisti düşünülen hastalarda ilk ve en yararlı çalışmadır (1,11). Bu çalışma ile vakaların çoğunda kesin tanı koyabilmek mümkün olabilmektedir. Tanıda, iv kolanjiografi, bilgisayarlı tomografi, ⁹⁹Tc DISIDA sintigrafisi, perkütan transhepatik kolanjiografi ve endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) gibi tetkikler de kullanılabilir (5,11).

Koledok kistinin cerrahi tedavisinde önceleri aspirasyon, marsupializasyon, eksternal drenaj gibi yöntemler kullanılmıştır. Sonraki yıllarda koledoko-kistoduodenostomi, Roux-en-Y koledokokistojejunostomi gibi teknikler kullanılmaya başlanmıştır. Ancak, özellikle koledokokistoduodenostomi yapılan hastalarda, uzun süreli izlemlerde, striktür ve kolanjit gibi komplikasyonların ortaya çıktığı belirtilmektedir (12). Tüm komplikasyonlar ve uzun süreli prognozlar gözönüne alındığında koledokokistoduodenostomi yapılan hastaların %46'sında iyi sonuç alınırken, bu değer Roux-en-Y koledokokistojejunostomi yapılanlarda %74, kistin eksize edildiği vakalarda ise %82 civarındadır (2). Hastamızda ameliyat prosedürü olarak kist eksizyonu ile birlikte Roux-en-Y hepatojejunostomi tercih ettik ve ameliyat sonrası ilk altı aylık takibimizde herhangi bir sorunla karşılaşmadık.

Kolanjit, sarılık ve safra taşı oluşumu gibi komplikasyonların Roux-en-Y koledokokistojejunostomi'yi takiben de geliştiği bilinmekte ve bu komplikasyonlardan anastomozdaki striktürün sorumlu olduğu, anastomozun 4 cm. den daha geniş yapılmasının morbiditeyi önemli ölçüde azaltacağı öne sürülmektedir (5).

1980'lerde kist eksizyonu ve Roux-en-Y hepatojejunostomi seçkin tedavi olmaya başlamıştır (6,13,14). Koledokal kistlerin, karsinomatoz değişime uğrayabileceği bilinmektedir. Japonya'da koledok kistinde kanser gelişme riski %17 olarak hesaplanmıştır (15). Bu nedenle kist eksizyonu önerilmekle beraber, eksizyondan sonra bile intrahepatik safra kanallarında ve karaciğerde kanser gelişebileceği belirtilmektedir. Kist eksizyonu ve Roux-en-Y hepatojejunostomi sonuçları yıllar geçtikçe daha iyi değerlendirilebilecektir. Koledok kistinde karsinomaların çoğu 30-35 yaşlarında saptanır. Koledokal kistte adenokarsinom saptanan en genç hasta 12 yaşındadır (6). Tüm bu veriler gözönüne alındığında koledok kisti nedeniyle öpere edilen bir hastanın uzun yıllar takip edilmesi gerektiği görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hovvell CG, Templeton JM, Veiner S. Antenatal diagnosis and early surgery for choledochal cyst. *J Ped Surg* 1983; 18; 387.
2. Başaklar AC. Yenidoğanın cerrahi hastalıkları. Ankara; Palme Yayıncılık, 1994; 476.

3. Goon HK, Tai A, Abdula SS. Congenital bile duct dilatation; review of 35 cases. *Pediatr Surg Int* 1992; 7; 332-6.
4. Takiff H, Stone M, Fonkalsrud EX. Choledochal cysts; results of primary surgery and need for reoperation in young patients. *Am J Surg* 1985; 150; 141-4.
5. Başaklar AC, Tunç E; Konjenital koledok kistleri. *Pediatric cerrahi dergisi*. 1989; 3; 52-4.
6. Schier F, Clausen M, Koukl M, Gdanletz K, Waldschmidt J. Late results in the management of choledochal cysts. *Eur J Pediatr Surg* 1994; 4; 141-4.
7. Arima E, Akita H. Congenital biliary tract dilatation and anomalous junction of the pancreaticobiliary ductal system. *J Pediatr Surg* 1979; 14; 9.
8. Ito T, Ando H, Nagaya M Et et al. Congenital dilatation of the common bile duct In children; the etiologic significance of the narrow segment distal to the dilated common bile duct. *Z Kinderchir* 1984; 39; 40-5.
9. Todani T, Watanabe Y, Fujii T, Vemura S. Anomalous arrangement of the pancreaticobiliary ductal system with choledochal cyst. *Am J Surg* 1984; 146; 672.
10. Iwal H, Yanagihara J, Tokiwa K, Shimotake T, Nakamura K. Congenital choledochal dilatation with emphasis on patophysiology of the biliary tract. *Ann Surg*. 1992; 215; 27-30.
11. Kis E, Verebly T, Mattyus I, Balogh L, Extrahepatic cholestasis in infancy and childhood; the role of ultrasonography. *Orv Hetil* 1992; 132; 1613-16.
12. O'Neill JA, Choledochal cyst. In: Welch JK, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill AJ, Rowe IM. *Pediatric surgery. Year Book Medical Publishers, INC. Chicago* 1986; 1056-59.
13. Slnan WJ, Wang YJ, Chi CS. Choledochal cysts: a nine year review. *Acta Paediatr* 1993; 82; 383-6.
14. St-Vil O, Luks FI, Deoruin M, bensoussan AL, Blanchard H, Flliatrault D. Cysts of the choledochus in children: experience of the Sainte-Justine hospital. *Ann Chir* 1992; 46; 821-5.
15. Todani T, Watanabe Y, Toki IA, Urushhara N. Carcinoma related choledochal cysts with internal drainage operations. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 164; 61-64.