

Koledok Kistleri

Dr. U. BENGİSUN, Dr. İ. ALAÇAYIR, Dr. J. KUTLAY, Dr. Ş. ERASLAN

Özet: Nadir bir hastalık olarak tarif edilmesine karşın, koledok kistleri adult hastalarda da giderek artan bir sıklıkta karşımıza çıkmaktadır.

1970-1991 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde yaşları 7 ile 83 arasında değişen 3'ü kadın, 5'i erkek 8 olgu koledok kisti tanısıyla ameliyat edilmiştir.

Klinik olarak ileri yaşlara kadar sessiz kalabilen olguların 3'ü 50 yaş ve üzerindedir. Olguların tümünde önde gelen semptom karın ağrısı olup 4 olguda tıkanma sarılığı tablosu vardı.

Erken operatif mortalitenin olmadığı olguların birine komplet kist eksizyonu-hepatikojejunostomi, dördüne koledokokistojejunostomi ve diğer üç olguya da koledoko-kistoduodenostomi ameliyatları uygulanmıştır.

Tanı olanaklarının artması, ultrasonografinin rutin girmesiyle daha sık tanınan koledok kistlerinde, uygun olgularda kist eksizyonu ve koledokojejunostomi önerilen primer operatif tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Koledok kisti, adult olgularda tedavi.

Koledok kisti, ana safra kanalının nadir görülen konjenital dilatasyonudur. Nadir bir hastalık olarak tarif edilmesine karşın koledok kistleri adult hastalarda da giderek artan sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Sıklıkla çocuklarda ve kadınlarda görülen koledok kistlerinin yaklaşık %20-30'unun erişkinlerde saptandığı bildirilmektedir (1-6).

Summary: CHOLEDOCHAL CYSTS

Choledochal cysts in adult patients is a relatively rare disease.

In this report, 8 cases of choledochal cysts who were surgically treated between 1970-1991 in our department are presented. Youngest patient was 7 year old and the oldest patient was 83 year old. Female/male ratio was 3/5.

Either choledochal cysts remain clinically silent until adulthood or may develop in later life. In our series, 3 of 8 patients were older than 50 years at the time of diagnosis. Presenting symptom was abdominal pain in all patients. 4 patients had jaundice.

Surgical treatment modalities were; complete cyst excision with hepaticojejunostomy in 1 patient, choledochocystojejunostomy in 4 and choledochocystoduodenostomy in 3 patients without operative mortality.

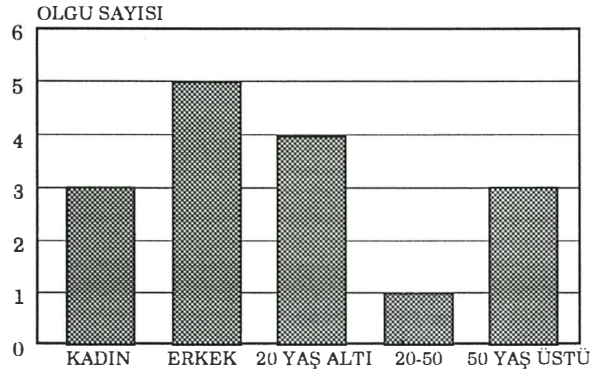
Choledochal cysts are being diagnosed more frequently by improved diagnostic capabilities. Complete cyst excision is the best therapeutic approach whenever technically feasible.

Key Words: Choledochal cyst, management in adult patients

Koledok kistlerinin halen kullanılan sınıflamasında, Alonso Lej ve arkadaşlarının 1959'da yaptıkları çalışmalar esas alınmış, daha sonra 1977'de bu sınıflama Todani tarafından modifiye edilmiştir. Koledok kistlerinin etyolojisi halen çok açık değildir. Bununla birlikte konjenital orijinli olduğu kabul edilmektedir (2,3,5).

Koledok kistlerinin tedavisinde eksizyon ve safra yollarının rekonstrüksiyonu tercih edi-

Tablo I: Yaş ve Cins Dağılımı



len tedavi yöntemi olmakla birlikte, yandaş hepatobilier hastalıklar, kistin tipi, daha önce geçirilmiş bilier operasyonlar ve hastanın genel durum tedavi yöntemini etkileyebilir (5).

MATERYAL ve METOD

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1970-1991 yılları arasında ameliyat edilen 8 koledok kistli hasta burada sunulacaktır. Olguların 3'ü kadın, 5'i erkek olup ortalama yaş 35'tir. Yaş dağılımı 7 ile 83 arasında değişen olguların 4'ü tanı esnasında 20 yaş ve altında, 3'ü ise 50 yaş ve üzerinde idi. (Tablo 1) Hastaların hiçbirisi daha önce bilier operasyon geçirmemişti. En sık karşılaşılan semptomlar karın ağrısı (%100) olup, ağrı 3 olguda kolik tarzında, diğerlerinde sağ üst kadrana lokalize ve künt vasıfta idi. Olguların 4'ünde (%50) ameliyat öncesi dönemde tıkanma sarılığı tablosu vardı. 3 olguda da sağ üst kadranda kitle palpe edilebiliyordu. Ağrı, sarılık ve kitleden oluşan ve "klasik triad" olarak tarif edilen tablo 2 (%25) hastada vardı. Tanı esnasında hastaların 4'ünde (%50) serum bilirubin, transaminazlar, amilaz ve lökosit normal veya normale yakın değerlerde idi.

Koledok kisti tanısı, 1990 öncesinde ameliyat edilen olguların yalnız birinde ameliyat öncesi düşünülmüş iken bu dönem sonrasında ameliyat öncesi tanı %75'e (4 olgunun 3'ünde) ulaşmıştır. Tüm seri gözönüne alındığında ameli-

Tablo II: Koledok Kistleri

	AD	C	YAŞ	PREOP TANI	TIP	TEDAVİ
1.	SG	K	20	TIK SARILIĞI	I	EKSİZYON+HJ
2.	AY	E	7	KOLEDOK KİSTİ	I	KKJ
3.	CI	E	59	TIK SARILIĞI	I	KKD
4.	NG	K	16	TIK SARILIĞI	I	KKJ
5.	SA	E	20	KOLEDOK KİSTİ	I	KKD
6.	NE	E	23	KOLEDOK KİSTİ	I	KKJ
7.	MT	E	83	KOLELİTYAZIS	I	KKD
8.	RT	K	59	KOLEDOK KİSTİ	II	KKJ

HJ : Hepatikojejunostomi

KKJ : Koledokokistojejunostomi

KKD : Koledokokistojejunostomi

yat öncesi tanı oranı %50'dir. Olguların çoğunda tanı için kullanılan kolanjiografi (oral, İV) tanıya yardımcı olmamıştır. Koledok kisti tanısında kullanılan başlıca tanı yöntemleri USG 53 olguda ve CT (1 olguda) dir. Bir olguda kullanılan hepatobilier sintigrafi ise tanıya yardımcı olmamıştır.

Sonuçlar: Kistlerin tipi, büyüklüğü ve hastalara uygulanan cerrahi tedavi yöntemlerine gelince (Tablo 2):

Bir olguya komplet kist eksizyonu +uçuca hepatikojejunostomi Roux en Y+ kolesistektomi uygulanmıştır. Bu olguda kist içinden 1 litre kadar safralı sıvı boşaltılmış, kist içinde ve safra kesesinde taş bulunamamıştır. Dört olguya koledokokistojejunostomi uygulanmıştır. Bunlardan birinde koledokokistojejunostomi (KKJ), tek başına uygulanırken, diğer üçünde parsiyel kist eksizyonu ile birlikte yapılmıştır. Yine bu olguların üçüne ek prosedür olarak kolesistektomi yapılmıştır. Kalan diğer üç olguda ise koledokokistoduodenostomi uygulanmıştır. Bunlardan birinde inoperabl pankreas başı Ca ve kolelitiazis saptanmış, bir diğer olguda da kolesistit saptanarak T-tüpü aracılığı ile eksternal drenaj uygulanmıştır. Bu 3 olguya da ek prosedür olarak kolesistektomi yapılmıştır. Tüm seri gözönüne alındığında 7 olguya (%87,5) kolesistektomi uygulanmıştır.

Erken operatif mortalitenin olmadığı olguların biri (pankreas başı Ca) postoperatif 3.

Tablo III: Koledok Kistlerinin Sınıflaması

Tip	I	Ekstrahepatik safra yollarının silindirik veya fusiform dilatasyonu
Tip	II	Ekstrahepatik safra yollarının tek divertiküler dilatasyonu
Tip	III	Koledok distal bölümünün duodenum içine doğru uzanan kistik dilatasyonu
Tip	IV	Intrahepatik ve ekstrahepatik safra kanallarının kombine kistik dilatasyonu
Tip	V	Intrahepatik safra kanallarının izole ya da diffüz kistik dilatasyonu.

ayda eksitus olmuştur. Ameliyat sonu takipte koledokokistoduodenostomi uygulanan bir olguda postoperatif 6. ayda kolanjit tablosu gelişmiş, fakat antimikrobial tedavi ile düzelmiştir.

Eksizyon yapılan olguların hiçbirinde neoplazi tesbit edilmedi; tüm olgular benign idi. Olguların yalnız 2'sinde (%25) kist içinde taş, 2'sinde de (%25) safra kesesinde taş vardı.

TARTIŞMA

Koledok kisti ilk olarak anatomist Vater tarafından 1723'te tarif edilmiştir. Alonso-Lej ve arkadaşları 1959'da dünya literatüründen 403 olguyu toplayarak lezyonu daha sonraki sınıflamalara esas olacak 3 ana tipe ayırmışlardır: Tip I: Kistik tip, Tip II: Divertiküler tip, Tip III: Koledokosel. 1977'de Todani, tip I kistleri fusiform ve kistik olmak üzere ikiye ayırdı. Ayrıca kombine intra-extrahepatik kistler tip IV, izole intrahepatik kistlerde tip V olarak sınıflamaya dahil edildi (Tablo 3). Histopatolojik olarak tip I,II,IV kistler benzerdir. Düz kas grupları ile yoğun kollajenden oluşan 2,0-7,5 mm arasında değişen duvardan ibarettir. Tip III kistler ise, duodenal mukozadan oluşur (2,3).

Koledok kistleri genellikle çocukluk çağında tanınır. Fakat koledok kisti tanısı adult hastalarda da akla gelmelidir. Kadınlarda daha sık görülen olguların yaklaşık yarısı 10 yaş altındadır. Bildirilen olguların çoğu Japonya'dandır. İnsidans Japonya'da batı ülkelerinden çok dah sık olup 1/1300 ile 1/1-2 milyon arasında değişir (1,12).

Hastalığın etyolojisi hakkında pekçok teori öne sürülmüştür. 1936'da Yotuyanagi'nin öne sürdüğü "embriyonik koledokun hatalı epiteliyal proliferasyonu ve rekanalizasyonu" en tatminkar açıklama olarak kabul edilmektedir. Babbit 1969'da pankreatobilier sistem malformasyonunun koledok kisti formasyonuna yol açtığını bildirmiştir (53,9).

Ana klinik tablo karın ağrısı, sarılık ve kitleden oluşur. Bu üç bulgunun birlikteliği "klasik triad" olarak adlandırılır ve çeşitli serilerde %13-63 arasında bulunur.

Rutin laboratuvar testleri tanıya yardımcı olmaz ve tanı çoğu kez gecikir. Bilier ağacın görüntülenmesi tanıyı koymak için esansiyeldir. Abdominal USG ve CT bilier sistemin kistik dilatasyonunu ortaya koymak için en efektif yöntemlerdir. Oral ve İV kolanjiografi kontrast maddenin konsantrasyonunun yetersiz olmasından dolayı nadiren kisti ortaya koyabilir. ERCP hem intrahepatik duktal anatomiye, hem de ekstrahepatik kisti görüntüleme açısından iyi sonuç verir (5-9).

Koledok kistlerinde cerrahi tedavi herkes tarafından kabul edilmekle birlikte ameliyat yönteminin seçimi ile ilgili çeşitli görüşler vardır (5-7). Tip I ve II kistlerde, postoperatif komplikasyonların düşük olması, kanser insidansının ve kolanjit riskinin azalmasından dolayı total eksizyon önerilir. Japonya'da çok popüler olan kist eksizyonu, erken operatif mortalitenin yüksek (%15-20) olmasından dolayı batıda geç adapte olmuştur. Bazı otörler ise internal drenaj ameliyatlarını yeğlerler. Halen Roux-en Y koledokokistojunostomi

drenaj için en çok tercih edilen yöntemdir. Burada en önemli nokta; geniş anastomoz yapılmasıdır. Koledokokistoduodenostomi çok az diseksiyon gerektirir, fakat geç komplikasyon oranı (kolanjit, striktür gelişimi) %30-60 arasındadır. Eğer bilier enfeksiyon söz konusu ise, eksternal drenaj tercih edilmelidir. Taşlı kolesistit saptanan bir olgumuzda kolesistektomi+koledokokistoduodenostomi ile birlikte eksternal drenaj uygulandı. Daha sonra gelişebilecek kolesistit riski için kolesistektomi tüm olgularda tavsiye edilmektedir (1,4,5,6,7,8,10,11).

KAYNAKLAR

1. Akata O, Oruç S. koledok Kisti Ank. ü. Tıp Fak. Mecmuası.
2. Alonso-Lej F, Rever UB, De Sagno DJ. Congenital Choledochal Cyst with a report two and analysis of 94 cases Int Abstr Surg 1959, 108 1-23.
3. Jona JZ, Babbit DP, Stashak RJ. Anatomik observations and etiologic surgical considerations in choledocal cysts. j Pediatr Surg 1979, 14 315-323.
4. Kiper H, Alper K, İmamoğlu K. Koledok kisti A.Ü.Tıp Fak. Mecmuası 1972 XXV-IV, 763-766.
5. Lopez RR, Pinson CW, Campbell JR et al. Variation in management based on type of choledocal cyst. Am J Surg. 1991, 161:612-615.
6. Powel CS, Sawyers JL, Reynolds VH. Management of adult choledocal cyst. Ann Surg 1981, 193:666-678.
7. Saing H, Tam PKH, Lee JMF. Surgical management of choledocal cysts; A review of 60 cases. J Pediatr Surg 1985, 20:443-448.
8. Saito S, Ishida M. Congenital choledocal cyst. Prog Pediatr Surg 1974 6:63-94.
9. Takiff H, Stone M, Fonkalsrud EW. Choledocal cyst: Results of primary surgery and need for reoperation in young patients. Am J Surg 1985 150: 141-146.
10. Todani T, Tabuchi K, et al. Carcinoma arising in the wall of congenital bile duct cysts. Cancer 1979 44: 1134-1144.
11. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst. Analysis of 1433 patients in the Japanese literature. Am J Surg 1980, 140: 653-657.

Tip III kistlerde tedavi tartışmalıdır. Kistin büyüklüğü, safra yolları ve pankreas kanalı anatomisi, endoskopik muayene ve hastanın klinik durumu esas alınarak transduodenal sfinkteroplasti veya kist eksizyonu uygulanabilir. Az semptomlu, yaşlı hastalarda ise endoskopik insizyon ve drenaj önerilir (5,8).

Tip IV kistin tedavisi, ekstrahepatik kistin tip ve yerine bağlı olarak tip I, II kistler gibidir. İntrahepatik kistlerde ise komplike olmadıkça genellikle ek tedavi gerekmez. Semptomatik izole intrahepatik kistler için yerine göre eksizyon veya internal drenaj gerekebilir (5,6,11).