

Koledok Kistlerinde Tanı ve Tedavi

Dr. Şakir TAVLI, Dr. Adnan KAYNAK, Dr. Şükrü ÖZER, Dr. Yüksel ARIKAN

Özet: Bu çalışmada kliniğimizde tanısı konulan 4 koledok kisti olgusu sunulmuştur. Bunlardan birincisinde tanı US ve IVK ile, ikincisinde US,PTK ve hepatobilyer sintigrafi ile, üçüncüsünde US,PTK ve CT ile, dördüncü olguda US ve BT yardımı ile konmuştur. Birinci olguya kistojejunostomi R-Y, ikinci olguya kistoduodenostomi, üçüncüye kist eksizyonu+transduodenal sfinkterotomi+T drenaj uygulanmış, operasyonu kabul etmeyen ileri yaşta 4. olgu takibe alınmıştır.

Summary: THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHOLEDOCHAL CYSTS

In this study, 4 cases diagnosed as choledochal cyst in our clinic was presented. First case was diagnosed by ultrasonography and intravenous cholangiography, second case by ultrasonography, percutane transhepatic cholangiography and hepatobiliary scintigraphy, third case by ultrasonography, percutane transhepatic cholangiography and computerized axial tomography and fourth case by US and CT. Roux-en-Y cysto jejunostomi, cystoduodenostomi and exizion of the cyst, transduodenal sphincterotomy, T-tube dranaige has been performed to the first, second and third cases respectively. Fourth case who didn't accept surcigal intervention was followed up.

Anahtar Kelimeler:Koledok Kistleri, Ultrasonografi.

Key Words: Choledochal Cyst, Ultrasonography

Koledok kisti ilk kez 1852'de Douglas tarafından bir klinik antite olarak tanımlanmıştır. Yaklaşık 100 yıl sonra Alonso-Lej (1959) bu lezyonların anatomik klasifikasyonunu ortaya koymuştur. Sonradan kistin lokalizasyon ve anatomisine göre çok sayıda sınıflamalar yapılmıştır. En sık kullanılan Todani (1977) sınıflamasında koledok kistleri beş tip olarak ayrılmaktadır (1,2).

Tip 1 A Darlıkta gelişen koledok kisti
B Segmental Koledok dilatasyonu
C Diffüz veya silindirik dilatasyon

Tip 2 Extrahepatik divertiküler koledok kisti

Tip 3 Koledokosel

Tip 4 A İntrahepatik ve Extrahepatik multipl kistler

B Extrahepatik multipl kist

Tip 5 İntrahepatik tek veya multipl kistler (Caroli Hastalığı)

Koledok kistlerinin etyopatogenezi kesinlik kazanmamıştır. Wong ve Lister anormal pankreatik bilier kanal birleşmesi ve pankreas enzimlerinin etkilediği bir ortak kanal varlığının sorumlu olduğunu ileri sürmüşlerdir. Enzimatik destrüksiyon sonucu safra kanalı duvarının zayıfladığı, böylece dilatasyon, inflamasyon ve kist geliştiğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte koledok kisti olan her hastada ortak kanal saptanamamıştır. Bugün en çok kabul gören düşünce koledok kisti oluşu-

munda birden fazla faktörün etkili olduğu yönündedir (1-3).

Koledok kisti kadınlarda erkeklere göre 4 kat fazla görülmektedir. Japonya ve diğer doğu toplumlarında daha sık rastlanmaktadır (1,2).

Tanıdaki gecikme şiddetli kolanjit, hepatik apse, siroz, portal hipertansiyon, kist rüptürü ve malign potansiyel kazanma gibi komplikasyonlara yol açabileceğinden erken tanı ve tedavi önemlidir (1-3).

Bu çalışmada kliniğimizde tanısı konan 4 koledok kisti olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

OLGU I.

Y.Ş. 12 Yaşında erkek hasta. Karın ağrısı, bulantı, kusma yakınmaları ile getirildi. Anamnezinde 4 yıl önce geçirilen sarılık ve 1 haftadan beri süren, yemeklerle ilgisi olmayan, kramp şeklinde karın ağrıları saptandı. Fizik muayeneside patoloji yoktu. Laboratuvar bulguları serum indirekt bilirubin fraksiyonunda hafif yükseklik dışında normaldi. IV kolonjiografide bilier sistemin minimal derecede geniş olduğu saptandı. US incelemede koledok normalden geniş olarak bulundu. Safra kesesine yakın koledok bölümde kistik lezyon saptandı. Safra kesesi normal görünümde idi.

13.9.1988 tarihinde operasyona alınan hasta da Tip IB'ye uyan koledok kisti saptandı. Kolesistektomi ve Roux-en-Y şeklinde kistojejunostomi uygulandı. Postoperatif komplikasyon görülmeyen hasta 14. ayda yapılan kontrolünde semptomsuz olarak bulundu.

OLGU II

Ş.İ. 11 yaşında erkek hasta. Karın ağrısı, bulantı, kusma yakınmaları ile getirildi. Özgeçmişinde 5 yıl önce benzer şikayetlerle apen-

dektomi geçirdiği, o zamandan beri aralıklarla gelen kramp şeklinde karın ağrılarının olduğu saptandı; fizik muayanesinde epigastriumda hassasiyet dışında patoloji yoktu. Laboratuvar bulguları normaldi. US, PTK ve hepatobilier sintigrafide koledok kanalında kistik dilatasyon saptandı.

13.6.1989 tarihinde yapılan operasyonda Tip IB'e uyan koledok kisti saptandı. Kistin çıkarılması mümkün olmadı. Kolesistektomi ve kistoduodenostomi yapıldı. Postoperatif 7. ayda yapılan kontroldé hasta semptomsuz olarak bulundu.

OLGU III

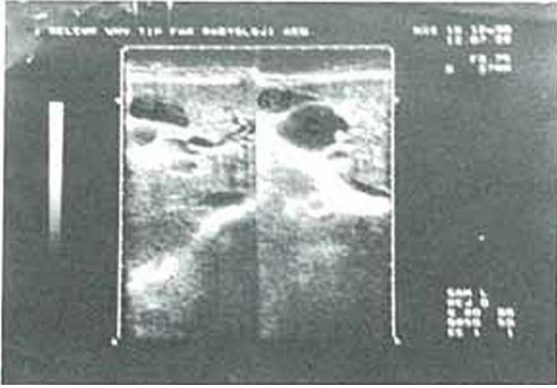
R.Z. 54 yaşında kadın hasta. Karın ağrısı, sarılık yakınmaları ile başvurdu. Hikayesinde 1 yıldan beri aralıklarla devam eden sağ üst kadranda ağrısı saptandı. Fizik muayenede skleralar ikterik görünümde idi. Laboratuvar bulgularında Total bilirubin. D. Bil:İnd. Bil., Alkalen fosfataz yüksek olarak bulundu.

US incelemede koledok kanalına yakın olarak 33x38 mm. boyutlarında kistik kitle görüldü. Karaciğer işi safra yolları geniş olarak bulundu. Hepatobilier sintigrafide kistik kitle opasifiye edilemedi. IV ve oral kontrast madde verilerek yapılan BT tetkikinde distal koledok kanalı seviyesinde 37x31mm. büyüklüğünde kistik kitle görüldü (Resim 1, 2).

Hasta 13.8.1990 tarihinde operasyona alındı. Supraduodenal bölümde (Tip II) divertikül saptandı. Kolesistektomi, kist eksizyonu, transduodenal sfinkterotomi uygulandı. Erken dönemde komplikasyon görülmedi.

IV. OLGU

Ö.T.84 yaşında erkek hasta. Uzun süreden beri devam eden sağ üst kadranda ağrısı yakınması ile başvurdu. Anamnezinde sarılık hika-



Resim 1: 3 Nolu Olgunun US Tetkiki



Resim 2: 3 Nolu Olgunun BT Tetkiki

yesi vardı. Laboratuvar tetkikinde alkalen fosfataz yüksekliği dışında patoloji yoktur. US incelemede koledokta kistik kitle ile kist, koledok ve safra kesesinde multipl taş saptandı (Resim 3)

BT incelemesinde karaciğer içi safra yollarında diffüz olarak genişleme saptandı. Porta hepatis seviyesinden geçen kesitte birleşik kanalın distalinde sakküler genişleme (Tıp IC) ve koledokta taş saptandı (Resim 4).

Operasyonu kabul etmeyen ve semptomları kaybolan hasta kontrole gelmesi önerilerek eksterne edildi.

TARTIŞMA

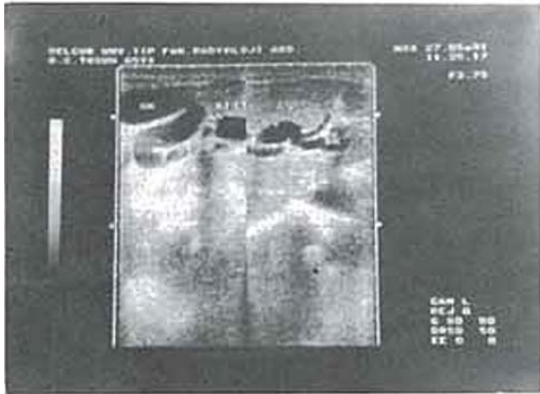
Koledok kistleri kadınlarda erkeklere göre 4 misli daha sık görülmektedir. Primer olarak geç infant ve genç çocukluk dönemi hastalığıdır. Yarıdan çoğu ilk 10 yıl içinde görülmektedir(1,2). Bizim 4 olgumuzdan 3'ü erkek 1'i kadın olup, 3 olgumuz 10 yaş civarında, diğer 2'si ileri yaşta hastalardı.

Karın ağrısı, karında palpabl kitle ve sarılık koledok kistli hastaların klasik triadı olarak belirtilmektedir. Ancak triadın görülme sıklığı %50'nin altındadır. (2,3) Tan ve arkadaşları

tarafından sarılığın vakaların %79'unda, ağrının %55'inde ve karında palpabl kitlenin ise %31'inde mevcut olduğu ifade edilmektedir. Daha sık rastlanan tablo aylar ve yıllarla tekrarlayan epizodik karın ağrısı ile birlikte görülen ve çoğu zaman gözden kaçan minimal sarılıktır (2-4). Bizim olgularımızın 3 ünde sarılık anemnezi mevcuttu. Dört hastamızda da aralıklarla gelen karın ağrıları vardı. Olgularımızın hiçbirinde palpabl kitle saptanamamıştır.

Koledok kistli hastaların çoğunluğunda tıkanma sarılığına benzer şekilde serum bilirubin ve alkalen fosfataz değerlerinde artış olduğu ifade edilmektedir (1-4). Bizim olgularımızın üçünde serum bilirubin ve alkalen fosfataz değerlerinde artış mevcuttu.

Konvansiyonel radyolojik inceleme yöntemlerinden IVK ya da oral kolesistografi ile kistin lokalizasyonu sıklıkla mümkün değildir. Olgularımızda bu inceleme yöntemleri ile kistik lezyon opasifiye edilemedi. İnvaziv tanı yöntemlerinden olan PTK ise biliyer sistem hakkında daha ayrıntılı bilgi vermektedir (5-7). Olgularımızdan 2 sinde (2. ve 4. olgular) bu yöntem ile koledok kisti tanısı konuldu. Olguların yaklaşık %65'inde tanı cerrahi girişim sırasında konulmaktadır. Bizim 4 olgumuzda



Resim 3: 4 Nolu Olgunun US Tetkiki



Resim 4: 4 Nolu Olgunun BT Tetkiki

da tanı preoperatif konulmuş yalnız, son olgu operasyonu kabul etmediğinden tanı operatuar olarak doğrulanamamıştır.

Hepatobiliyer sintigrafi ile olguların yaklaşık %80'inde kist teşhis edilebilmektedir. Bizim de 2. olgumuzda koledok kisti bu yöntem ile tespit edildi (7,8).

US koledok kistlerinin tanısında sıklıkla kullanılan noninvaziv ve tekrarlanabilen olması nedeni ile de tercih edilen bir yöntemdir. %89-100 oranında doğruluk oranı vardır. Bizim 4 olgumuzda da US ile tanı konulabilmektedir.

Koledok kistinin kistik özelliği ve ebatı yanında komşu organlarla ilişkisi hakkında BT daha ayrıntılı bilgi vermektedir. Olgularımızdan 2'sinde (Olgu 3 ve 4) BT ile kistin kesin lokalizasyonu tayin edildi.

Koledok kistinin çıkartılması kistte karsinom ve assendan kolanjit gelişmesini önlemek için tercih edilen yöntemdir. Kistin çıkartılması ve Roux-en-Y şeklindeki hepatikojejunostominin mortalitesi düşük ve sonuçları mükemmeldir. Kistin eksize edilmesiyle safra stazı ve taş

oluşumu için rezervuar da ortadan kaldırılmış olacaktır. Tip II şeklindeki koledok kistlerinde divertiküler kısım eksize edilerek kalan kısım primer olarak kapatılır (1,4).

Halen popüler olan kist drenajı yöntemlerinden koledokokistojejunostomi ve koledokokistoduodenostominin anastomoz darlığı, safra stazı, taş oluşumu ve kist duvarından maligniteye dönüşüm gibi mahsurlarına işaret edilmektedir. Kist çıkartılmayan vakalarda kolestektomi önerilmektedir. Zira safra yollarındaki staz taş sebeb olmaktadır (4).

Vakalarımızın birine Roux-en-Y şeklinde koledokokistojejunostomi, ikincisine koledokokistoduodenostomi, üçüncüsüne kist eksizyonu uygulamıştır. Üç olguya da kolesistektomi yapılmıştır.

Tanısı günümüz imkanlarıyla zor olmayan koledok kistleri yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Bu nedenle sarılık olsun olmasın sağ üst kadranda aralıklı ağrısı ya da palpe edilen kitlesi olan hastalarda koledok kisti olabileceği akla gelmeli ve tespiti halinde cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Altman R.P. Choledochal cyst. Surgery of the liver and biliary tract L.W. Blumgart. 995-1012. 1988
2. O'neil, J.A., Jr, Templeton, J.M., Jr; Recent experience with choledochal cyst. Ann. Surg. 205(5): 533-540, 1987.
3. Tan, K.C., Haward. E.; Choledochal cyst A 14 year surgical experience with 36 patients Br. J. Surg. 75(9) 892-895, 1988.
4. Todani, T. Watarabo, Y.; Congenital Choledochal cyst with intrahepatic involvement. Arch. Surg. 119:1033-1043, 1984.
5. Savader S.J., Benenati J.F., Ventrur AC., mitchell SE, Widlus DM., Cameron J.: Choledochal cysts: Classification and cholangiographic Apperance. AJR. 156:327-331, 1991.
6. Reuter K., Raptopoulus VD., Contelma N., Fitzpatrick G., Heves LE: Tho diagnosis of choledochal cyst by ultrasound Radiology, 136:437-438, 1980.
7. Rosenfield N., Grisson NT: Choledochal cysts Roentgenographic techniques. Radiology. 11: 113-119, 1975.
8. Flamingon PD: Biliary cyst: Ann Surg. 132:635-43, 1975.