

KOLEDOK KİSTİ: SAFRA YOLLARININ KİSTİK DİLATASYONU

CHOLEDOCHAL CYST: CYSTIC DILATATION OF BILIER TRACT

A. Bedii SALMAN, Selami SUMA, M İlhan YILDIRGAN, Pınar POLAT

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi (ABS), Radyoloji (SS, PP) ve Genel Cerrahi (MİY) Anabilim Dalı, Erzurum

Özet

Klasik koledok kisti, koledoğun, distalinde bulunan bir darlık veya tıkanıklığa bağlı olarak, yuvarlak, kistik genişlemesidir. Az karşılaşılan bu anomali genellikle çocuklarda görülür. Sarılık, kitle ve ağrı hastalığın klasik triadı olmakla birlikte vakaların ancak üçte birinde bulunur. Tedavi edilmeyen koledok kistlerinin komplikasyonları perforasyon, taş oluşumu, karsinom, bilier siroz ve portal hipertansiyondur. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önem taşımaktadır. Oral kolesistografi ve intravenöz kolongiografi tanıya yardımcı olmakla birlikte, bugün için ultrason ve bilgisayarlı tomografi tanıda öncelikle kullanılan yöntemlerdir.

Anahtar kelimeler: *Koledok Kisti, Koledoğun Konjenital Kistik Dilatasyonu, Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi*

Summary

The classic choledochal ductal cyst consists of a rounded cystic dilatation of the common bile duct with distal narrowing or obstruction and is a relatively rare abnormality which occurs most commonly in children. The classical triad of jaundice, mass, and pain are the most significant findings in the diagnosis of the choledochal cyst, patients with all these are uncommon. The complication of congenital cystic dilatation of the bile duct includes perforation during infancy, progressive biliary cirrhosis with portal hypertension, biliary stone formation and carcinoma. Oral cholecystography and intravenous cholangiography are helpful in diagnosis but ultrasound and computerized tomography are the first diagnostic imaging methods in recent years

Key words: *Choledochal Cyst, Congenital Cystic Dilatation of the Common Duct, Ultrasonography, Computerized Tomography*

AÜTD 1997, 29:464-467

MJAU 1997, 29:464-467

Giriş

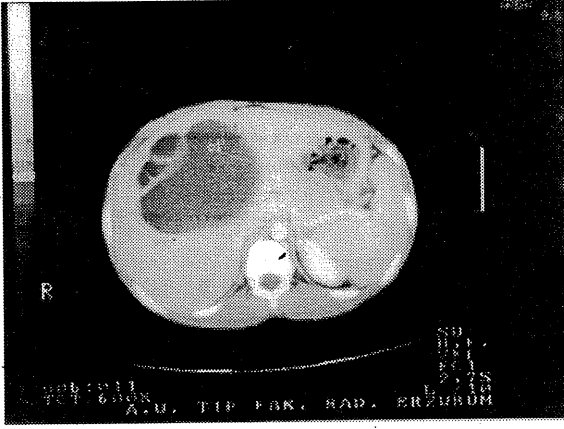
Koledok kisti veya safra yollarının kistik dilatasyonu, bilier sistemin az görülen ancak nadir olmayan bir anomalisidir (1). Klasik olarak, koledoğun distalinde bir darlığa veya tıkanıklığa bağlı, yuvarlak, kistik dilatasyonu ifade eder ve hepatik kanallar genellikle normaldir (2). Hastaların yaşı yenidoğan ile seksen yaş arasında değişmekle birlikte %40-60 kadarı 10 yaşından önce tanı alır (3). Bu sebeple bebek ve yetişkin olarak 2 grup halinde incelenirler. Bebek tipi, 1-3 ay arasında görülüp klinik olarak bilier atreziden ayrılması güçtür. Yetişkin tipi ise 2. yaşdan önce bulgu vermez (4). Koledok kistleri, erken teşhis ve tedavi edilmezse, sık tekrarlayan kolanjit ve pankreatit atakları, safra taşı oluşması, bilier siroz ve portal hipertansiyona sebep olabilir. Kist perforasyonu nadir bir komplikasyon olup bazen de ilk belirti olarak ortaya çıkabilir (3,5). Malignensi diğer önemli bir komplikasyon olup, kist eksize edilmeden uygulanan drenaj işlemlerinden sonra görülmektedir (2). Oral kolesistografi ve intravenöz kolongiografi tanıya yardımcı olmakla birlikte, bugün için, ultrasonografi (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda öncelikli kullanılan yöntemlerdir.

Olgu Sunumu

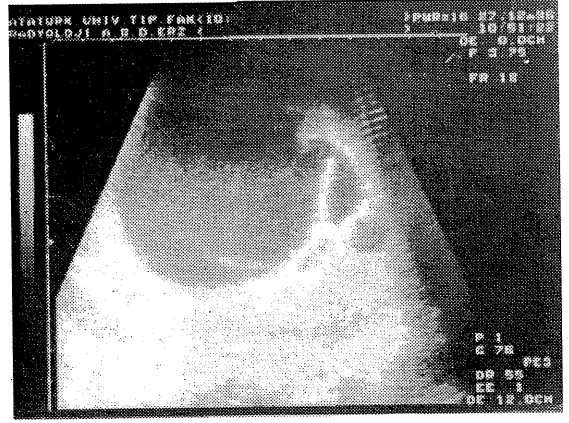
Olgu I : Yirmi üç aylık kız hasta; 2 günlük karın ağrısı, safralı kusma ve kabızlık öyküsü ile gözlem altına alındı. Daha önce hiç bir yakınması olmayan hasta, US ve BT incelemede koledok kisti perforasyonu düşünülerek, operasyona alındı. Laparatomide, koledokta 7 cm çapında, ön duvarından perforasyon olmuş, Tip IA kist saptanarak, kist eksizyonu ve Roux-en-Y hepatiko-jejunostomi yapıldı.

Olgu II: Oniki yaşındaki kız hasta; 45 gün önce başlayan aralıklı sarılık atakları ve sağ üst kadranda ağrı öyküsü nedeniyle yapılan US ve BT incelemede koledok kisti tanısı koyuldu (Şekil 1). Tetkik aşamasında oluşan akut karın tablosu kist perforasyonunu düşündürdüğü için hasta acilen ameliyata alındı. Laparatomide çevre organlarla ileri derecede yapışıklıklar gösteren, 10 cm çapında Tip IA kistin eksizyonunun mümkün olmaması üzerine kisto-duodenostomi yapılarak, daha ileri bir tarihte, kist eksizyonu ve hepatiko-jejunostomi planlanarak taburcu edildi.

Şekil 1. (Olgu 2) Bilgisayarlı Tomografi Kesitinde, Safra Kesesini Kompresye Eden, Hipodens Koledok Kistine Ait Görünüm.



Şekil 2. (Olgu 3) Porto Hepatisde Koledok Kistine Ait Ultrasonografi Görünümü.



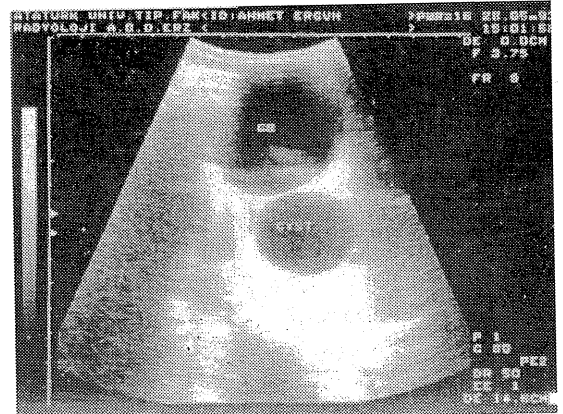
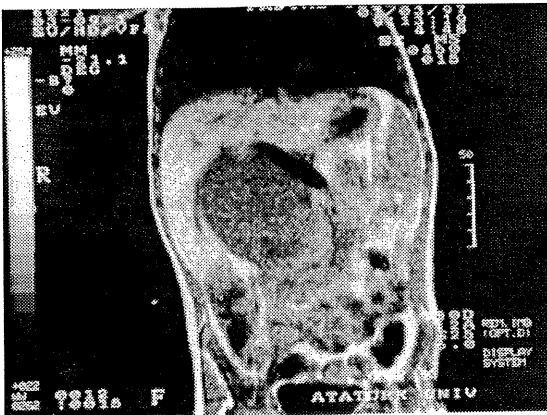
Olgu III: 4 yaşında kız hasta; intestinal obstrüksiyon nedeniyle hastanemize kabul edildi. Bir haftalık safralı kusma ve karın şişliği öyküsü olan hastaya yapılan US ve BT incelemede, koledokta 10 cm çapında kist tespit edildi (Şekil 2). Hastaya kontrastsız ve kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme tetkiki yapıldı. T1 ağırlıklı kesitlerde hipo, T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens, 10 cm çapında, safra kesesini kompresye eden kistik lezyon tespit edildi (Şekil 3). Laparatomide intestinal obstrüksiyonu açıklayacak bir patoloji tespit edilemedi. Hastanın Tip IA koledok kisti total olarak

eksizye edildikten sonra Roux-en-Y hepatiko-jejunostomi yapıldı.

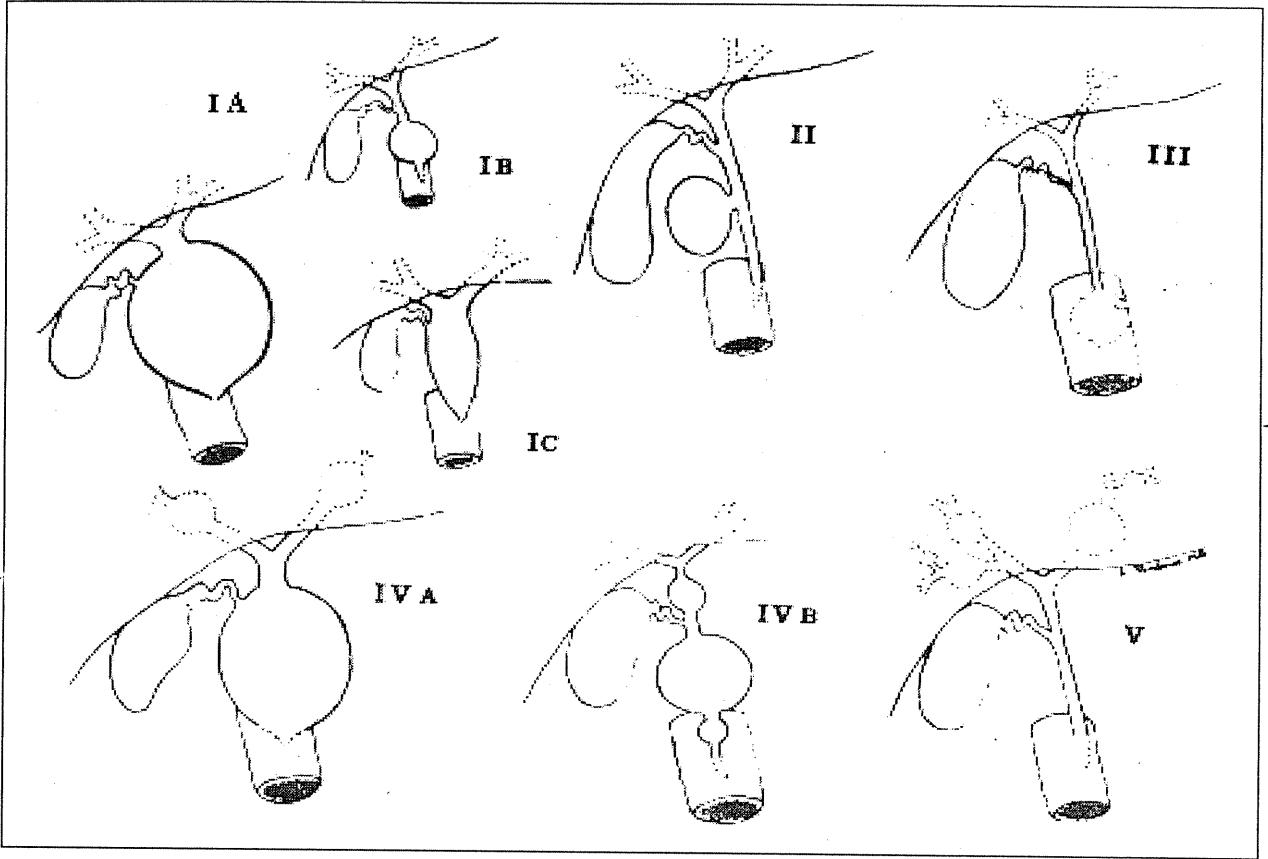
Olgu IV: Beş yaşındaki erkek hasta; aralıklı karın ağrıları ve sarılık öyküsüyle başvurdu. Koledok kisti düşünülerek yapılan US ve BT incelemede 5x5 cm çaplı Tip IA koledok kisti saptandı (Şekil 4). Ailenin operasyonu kabul etmemesi üzerine hasta taburcu edildi.

Şekil 3. (Olgu 3) Koronal Planda Alınan T1 Ağırlıklı Manyetik Rezonans Görüntüleme Kesitinde Safra Kesesi Komşuluğunda, Keseyi Kompresye Eden, Hipointens, Koledok Kisti

Şekil 4. (Olgu 4) Koledok Kistine Ait Ultrasonografi Görünümü.



Şekil 5. Koledok Kistlerinin Sınıflandırılması.



Tartışma

Safra yollarının kistik dilatasyonlarının değerlendirilmesinde bugün Alonso-Lej'in anatomik sınıflandırmasının kolanjiografik bulgulara göre yapılan genişletilmiş şekli olan Todani sınıflaması kullanılmaktadır (Şekil 5) (6). Tip 1A ekstrahepatik bilier sistemin dilatasyonudur. Tip 1B koledok distal kesiminde segmental dilatasyondur. Tip 1C de koledok ve ana hepatic kanalda füziform dilatasyon vardır. Vakaların % 85-90' nında Tip I kistler görülür. Tip II kistler vakaların % 2 sinde bulunur ve ekstrahepatik safra yollarının, dar veya geniş boyunlu, divertikülüdür. Tip III kist, koledokun intraduedonal parçasının lokal dilatasyonu olup koledokosel adımla da alınır. Tip IVA da multiple ekstrahepatik dilatasyonlar yanı sıra intrahepatik dilatasyonlar da mevcuttur. Tip IVB de multiple ekstrahepatik dilatasyonlar vardır. Tip V intrahepatik bilier sistemin multiple kistik dilatasyonlarıyla karakterize olup, tabloya hepatik fibrozisin ilavesiyle, Caroli hastalığı adımla alınır. Etyolojisinde bir çok faktör söz konusu olmasına rağmen en çok kabul gören obstrüktif faktörlerdir. Bugün için pankreatiko-bilier bileşkenin dar açılı olması veya yüksek lokalizasyonlu bileşimi en çok kabul gören teorilerdir (4).Bebek tipi, tıkanma sarılığı, akolik gayta ve hepatomegali ile kendini gösterir. Genellikle koledok distal kesiminde tam tıkanıklık söz konusu olduğu için ekstrahepatik bilier atrezi

olarak da adlandırılır ve sıklıkla hepatomegali ile birlikte bulunur. Yetişkin tipte vakaların üçte biri koledok kistlerine özgü sarılık, ağrı ve kitle triadıyla başvururlar. Aralıklı sarılık en önemli belirti olup, sıklıkla sağ üst kadrana veya sırta vuran ağrıyla birlikte dir. Aynı zamanda ağrılar pankreatit ataklarından da kaynaklanabilir (4). Geçmişte, tanı için gastrointestinal sistemin kontrastlı incelemelerinin indirekt bulgularından yararlanılmıştır. Oral kolesistografi ve intravenöz kolanjiografi tanıya yardımcı olmakla birlikte, hiperbilirubinemisi olan vakalarda değeri sınırlıdır. Bugün bilier sistem patolojisi düşünülen vakalarda ilk tercih edilen görüntüleme yöntemi US incelemedir (7). Atipik, tekrarlayıcı karın ağrılarının, özellikle sarılık öyküsü varsa, koledok kisti açısından US ile değerlendirilmesi gerekir. Safra yollarında kistik dilatasyon tanısı koyulan hastaların sayısı US incelemenin yaygın olarak kullanılmasından sonra önemli ölçüde artmıştır. ⁹⁹Tc DISIDA sintigrafisi, BT ve MRG şüpheli vakalarda başvurulan diğer önemli tanı yöntemleridir (8). Koledok kistlerinin belirti ve bulgularının aralıklı olarak ortaya çıkması ve spesifik olmaması nedeni ile tanı çoğu kez gecikmektedir. Geç tanı koyulan vakalarda görülen siroz, portal hipertansiyon, kist perforasyonu ve karsinom, erken tanı ve uygun tedavinin önemini ortaya koymaktadır (9). Hastalarımızın ikisinde görülen kist perforasyonu

insidansının (% 50) yüksek olması, geç tanı koyulmasından kaynaklanmaktadır. Uzun yıllar kisto-duodenostomi şeklinde internal drenajla tedavi edilen hastalarda sık karşılaşılan semptomatik komplikasyonlar ve çıkarılmayan kist zemininde yüksek oranda karsinom gelişme riski nedeniyle, bugün mümkünse kistin total eksizyonu, mümkün değilse kisti döşeyen iç tabakanın eksizyonu ve Roux-en-Y hepatiko-jejunostomi veya valvli, izole jejunum segmentiyle hepatiko-duodenostomi uygulanabilecek en uygun tedavi yöntemleridir (2).

Kaynaklar

1. Grosfeld JL, Rescorla FJ, Skinner MA, West KW, Scherer LR. The spectrum of biliary tract disorders in infants and children. Arch Surg 1994; 129: 513-520.
2. Raffensberger JG. Congenital dilatation of the bile ducts. In :Raffensberger JG(ed). Swenson's Pediatric Surgery. Connecticut: Appleton & Lange, 1990: 661-66.
3. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst. Analysis of 1433 patients in the Japanese literature. Am J Surg 1980; 140: 653-657.
4. O'Neill JA Jr. Choledochal cyst. In :Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA Jr, Rowe MI (eds). Pediatric Surgery. Chicago: Year Book, 1986: 1056-60.

5. Jackson BT, Saunders P. Perforated choledochal cyst. Br J Surg 1971; 58: 38-42
6. Tadoni T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajime K. Congenital bile duct cysts : classification, operative procedure and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. Am J Surg 1977; 134: 263-68.
7. Young W, Blane C, White SJ, Polley TZ. Congenital biliary dilatation : a spectrum of disease detailed by ultrasound. Br J Radiol 1990; 63: 333-38.
8. Schulte SJ. Embryology, normal variation and congenital anomalies of the gallbladder and biliary tract. In:Freeny PC (ed). Alimentary tract radiology. St Louis: Mosby, 1994: 1251-74.
9. Shain WJ, Wang YJ, Chi CS. Choledochal cysts: A nine year review. Acta Pediatr 1993;82:383-6.

Yazışma Adresi:

Dr. A. Bedii Salman
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi A.B.D.
25240 Erzurum
Tel: 0 442 2352211
Fax: 0 442 2332968