

Koledok Kistlerinde Cerrahi Tedavi

Dr. Settar BOSTANOĞLU, Dr. Ayhan KESKİN, Dr. Haldun GÜNDOĞDU,
Dr. Ülkü DAĞLI, Dr. Fuat ATALAY

Özet: Koledok kisti ana safra kanalının nadir görülen konjenital dilatasyonudur.

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde 1984-1992 yılları arasında 6 adet koledok kisti olgusu ameliyat edilmiştir. Olguların 4'ü kadın, 2'si erkektir. Altı hastada da koledok ultrasonografik olarak çok geniş görüldü, ilaveten 4 hastada ERCP (endoskopik retrograd kolanjiyopankreatikografi), 2 hastada PTK (perkütan transhepatik kolanjiyografi) yapıldı.

Olguların 5'i Todani sınıflamasına göre Tip I, 1'i Tip IVa idi. Üç olguya eksizyonu takiben, 3 olguya da teknik olarak güç olduğu için, eksizyon yapılmadan drenaj prosedürü uygulandı.

Kistoenterostomiden sonra, kolanjit gelişimi, koledokolitiazis, malignite insidansının yüksek olması nedeniyle, kist eksizyonu ve Roux ve Y hepaticojejunostomi seçilecek ameliyat yöntemi olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Koledok kistleri, Todani sınıflandırması, cerrahi tedavi.

Koledok kisti, ana safra kanalının nadir görülen konjenital dilatasyonudur. Bildirilen olguların çoğu, Japonya'dandır. İnsidans, Japonya'da, Batı ülkelerinden çok daha sık olup, 1/1300 ila 1/1-2 milyon arasında değişir (6).

Koledok kistli hastalarda, safra yolu karsinomu insidansı yaşla artmaktadır. Üçüncü dekattan sonra, %10 daha fazla görülmektedir (3).

İlk kistik dilatasyon olgusu, 1723 yılında Water tarafından bildirilmiş, 1852'de Douglas ilk iyi tanımlanmış olguyu yayınlamıştır (2). 1959'da Alonso-Lej ve arkadaşları 94 olguyu analiz etmişler ve dünyada kullanılan ilk sınıflandırmayı

Summary: SURGICAL TREATMENT OF THE CHOLEDOCHAL CYSTS

Choledochal cysts are rare congenital dilatations of the major bile duct.

Six cases of choledochal cysts were operated at the Türkiye Yüksek İhtisas Hospital Gastroenterological Surgery Clinic between 1984-1992. Four of the cases were female, and 2 of them were male. The choledochus was found to be significantly dilated ultrasonographically in all six patients; additionally, endoscopic retrograde cholangio-pancreatography was performed on 4, and percutaneous transhepatic cholangiography was performed on 2 patients.

Five of the patients were Type I and one of them was Type IVa according to the Todani classification. Drainage procedure was realized following excision in 3 patients, and without excision due to technical difficulties in 2 patients.

In view of development of cholangitis, choledocholithiasis and high incidence of malignancy following cystoenterostomy, cyst excision and Roux en Y hepaticojejunostomy should be the operation of choice.

Key words: Choledochal cysts, Todani's classification, surgical treatment.

yapmışlardır (2,6). 1977'de de Todani kistin lokalizasyonuna göre sınıflandırma yapmıştır (11) (Şekil 1).

Primer koledok kisti ülkemizde nadir görülen bir hastalıktır. Son zamanlarda tedavi etme fırsatı bulduğumuz 6 hastayı sunarak, erişkinlerde görülen koledok kistinin cerrahi tedavi ilkelerine değinmek istiyoruz.

GEREÇ VE YÖNTEM

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde 1984-1992 yılları arasında 6 adet koledok kisti olgusu ameliyat edilmiştir. Yaş, cins, klinik semptomlar, laboratuvar, radyolojik ve operatuar teknik, histopatoloji,

Tablo I: Olguların primer semptomları.

Semptom	Olgu	%
Abdominal ağrı	4	66.6
Sarılık	4	66.6
Karında kitle	1	16.6
Ateş	2	33.3

morbidite ve mortalite açısından değerlendirilmiştir. Koledok kistleri radyolojik ve intraoperatif bulgulara dayanılarak Todani metoduna göre sınıflandırılmıştır. Todani sınıflamasına göre Tip V olan Caroli hastalığı kliniğimizin 14 hastalık bir çalışması olarak ayrıca yayınlandı için, bu çalışmanın kapsamına alınmamıştır.

BULGULAR

Olguların 4'ü kadın (%66.6), 2'si erkek (%33.3), ortalama yaş 27.5'tir (15-45). Olguların primer semptomları Tablo I'de gösterilmiştir.

Hastaların karın ağrısı daha çok kolik tarzında, sarılık ise tekrarlayan tipteydi. Üç olguda direkt bilirubinemi (%50), 4 olguda alkalin fosfataz yüksekliği (%66.6) saptandı. Altı hastada da ultrasonografi (USG) ile koledok çok geniş olarak görüldü. Ek olarak, 4 hastada endoskopik retrograd kolanjiyo-pankreatikografi (ERCP) (Şekil 2), iki hastada perkütan transhepatik kolanjiyografi (PTK) (Şekil 3) yapılarak tanı kesinleştirildi.

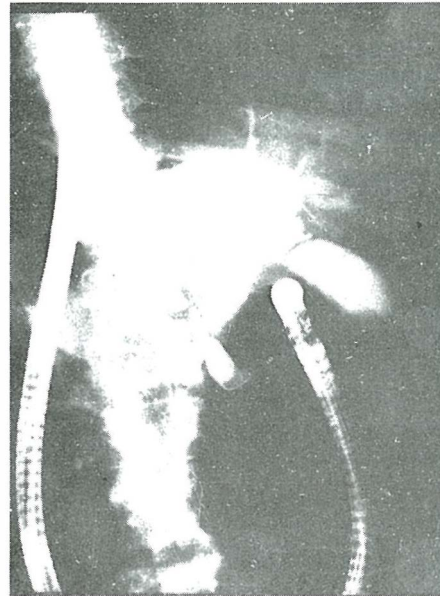
Todani sınıflandırmasına göre olgularımızın 5'i (%83.3) Tip I, 1'i (%16.6) Tip IVA idi. Olgular ve uygulanan cerrahi tedaviler Tablo II'de gösterilmiştir.

Olguların 5'inde kolesistektomi uygulandı. Bir olguya daha önce taşlı kolesistit nedeniyle kolesistektomi yapılmıştı. İki hastada (%33.3) kist içinde taş tesbit edildi. Şekil IV: Olgularımızdan birisinin intraoperatif fotoğrafı.

Üç olguda kistin eksizyonunu takiben, diğer 3 olguda da teknik olarak güç olduğu için, eksizyon yapılmaksızın bir drenaj prosedürü uygulandı.

Hastalarımızın hiçbirinde operatif mortalite ve postoperatif komplikasyon görülmedi. Eksizyon yapılan olgularda histopatolojik olarak malignite tesbit edilmedi. Eksizyon yapılmayan diğer 3 olgu da kontrolümüzde olup, herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

TİP	BULGULAR	TİP	BULGULAR
I	Soliter Fuziform ekstrahepatik kist	IVA	Fuziform ekstra ve intrahepatik kistler
II	Ekstrahepatik supraduodenal divertikül	IVB	Multipl ekstrahepatik kistler
III	Intraduodenal divertikül koledokozel	V	Multipl İntrahepatik kistler Caroli Hastalığı

Şekil 1: Koledok kistlerinde todani sınıflandırması.**Şekil 2:** ERCP ile kistin görüntülenmesi.

TARTIŞMA

Koledok kistlerinin etyolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır (7,8,10).

A) Kazanılmış faktörler:

- Porta hepatiste tüberküloz
- Gebelik
- Pankreas adenomu
- Koledok papillomu
- Safra taşı
- Tümoral oluşumlar

B) Konjenital faktörler:

- Koledok duvarında doğumsal zayıflık

Tablo II: Olgular ve cerrahi tedavi.

Olgu	Yapılan Ameliyat
1.	Kolesistektomi + Koledokotomi + T-drenaj
2.	Kolesistektomi + Kistojejunostomi
3.	Kolesistektomi + Roux en Y Kistojejunostomi
4.	Kolesistektomi + Kist eksizyonu + Roux en Y koledokojunostomi
5.	Kolesistektomi + Kist eksizyonu + Roux en Y hepatikojunostomi
6.	Kist eksizyonu + Hepatikojunostomi Braun anastomoz



Şekil 3: PTK ile kistin görüntülenmesi.

- Otonomik nörodisplazi
- Neonatal hepatit
- Doğumsal stenoz
- Oddi'de nöromusküler inkoordinasyon (7,8,10)

Olguların klinik özellikleri çok değişkenlik gösterir. Koledok kistinin klasik triadı, intermitten karın ağrısı, karın sağ üst kadranda kitle ve sarılıktır. Sarılık daha çok erişkin hastalarda görülür (9).

Bizim hastalarımızda da %66.6 ağrı, %66.6 sarılık ve %16.6 karında kitle primer semptomdu.

Ultrasonografi, kompüterize tomografi, PTK ve ERCP tanı için yararlı görüntüleme yöntemleridir. Serimizde USG, ERCP ve PTK, tanıda kullanılan görüntüleme yöntemleriydi.



Şekil 4: Koledok kistinin intraoperatif görüntüsü.

Nedeni ne olursa olsun, koledok kistinin duvarında epiteliyal değişiklikler olmaktadır. Histolojik değişiklikler hastanın yaşı, semptomların ve klinik seyrin süresi ile ilgilidir. İntestinal metaplaziye yol açan muhtemel mekanizma, koledoka pankreas sıvısının geri kaçmasıdır (5,10). İntestinal metaplazi karsinomaya dönüşebileceğinden, yakından izlenmesi gereklidir (3,10).

Koledok kistlerinde, safra yolları karsinomu gelişme ihtimali, %2.5-17.5 arasındadır. Bu, normal popülasyona göre daha yüksektir. Risk yaşla birlikte artmakta, 20 yaşında %14 olup, 50 yaşında ise %50'ye kadar çıkmaktadır. Kistoenterostomi yapılan hastalarda, karsinom daha da erken gelişmektedir (3). Ayrıca %33 oranında pankreatit görülebildiği bildirilmiştir (4). Bu nedenle, kist eksizyonu en geçerli yöntemdir. Olgularımızdan 3 hastaya eksizyon uygulanmış, diğer 3'üne ise kitlerin büyüklüğü ve teknik zorluk nedeniyle eksizyon yapılamamış, drenaj ameliyatı uygulanmıştır.

Tip I ve II kistlerde:

Total kist eksizyonu ideal ameliyat yöntemidir. Postoperatif komplikasyon oranı oldukça düşüktür.

Tip III kistlerde:

Endoskopik ya da cerrahi sfinkteroplasti uygulanır.

Tip IVa kistlerde:

Ekstrahepatik kist eksizyonu ya da hepatektomi kapsayan total kist eksizyonu önerilmektedir (2).

Sonuç olarak, kistoenterostomiden sonra, kolanjit gelişimi, koledokolitiazis, hepatolitiazis, sekonder biliyer siroz ve portal hipertansiyon gelişme oranının, pankreatit ve malignite insidansının yüksek olması (4), bu hastalarda yeni bir operasyona gerek duyulması nedeniyle, kist eksizyonu ve Roux ve Y hepatikojejunostomi seçilecek ameliyat yöntemi olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akoğlu M, Vural Ş, Atalay F. Caroli hastalığı ve cerrahi tedavisi. Ankara Numune Hastanesi Bülteni, 1988; 28 (1-2): 157-164.
2. Alonso-Lej F, Rever VB, De Sagno DS. Congenital choledochal cyst with a report two and analysis of 94 cases. International Abstract of Surgery, 1959; 108: 1-23.
3. Chijiwa K, Akitoshi K. Surgical management and long-term follow-up patients with choledochal cysts. The American Journal of Surgery, 1993;165: 238-242.
4. David MN, Donald CM, Martin AA. Choledochal cysts in adults: clinical management. Surgery, 1984; 96: 656-662.
5. Okada A, Yoshira O, Shinkichi K. Common channel syndrome-diagnosis with endoscopic retrograde cholangiopancreatography and surgical management. Surgery, 1983; 93(5): 634-642.
6. Powel CS, Sawyers JL, Reynoulds VH. Management of adult choledochal cyst. Annals of Surgery, 1981;193: 666-678.
7. Serradel AFS, Linares ES, Goepfert RH. Cystic dilatation of the cystic duct. A new type of biliary cyst. Surgery, 1991;109: 320-322.
8. Spitz L. Choledochal cyst. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1978;147: 444-453.
9. Todani T, Watanabe Y, Fujii T, Toki A, Uemura S, Koike Y. Cylindrical dilatation of the choledochus. A special type of congenital bile duct dilatation. Surgery, 1985; 98: 964-969.
10. Todani T, Watanabe Y, Fujii T, Uemura S. Anomalous arrangement of pancreatobiliary ductal system in patients with choledochal cyst. American Journal of Surgery, 1984;147: 672-676.
11. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts. Classification, operative procedures and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. American Journal of Surgery, 1977;134: 263-9.