

# Koledok Kisti

Dr. Hasan DOĞRUYOL (\*)  
 Dr. Ayhan KIZIL (\*\*)  
 Dr. Şerif BİRİNÇ (\*\*\*)  
 Dr. Ahmet KÜÇÜKEL (\*\*\*\*)  
 Dr. İsmet TAŞDELEN (\*\*\*\*\*)

## ÖZET

*Akut batın ön tanısıyla acilen ameliyata alınan bir vakada gözlenen koledok kisti takdim edildi. Vakada kistektomiden sonra koledokoduodenostomi ve pankreatikoduodenostomi yapıldı.*

## SUMMARY

*One case of choledochal cyst observed in emergency operation was reported. In the case, choledochal cyst was resected, and choledochoduodenostomy and pancreaticoduodenostomy were performed.*

## GİRİŞ

Bu güne kadar 600 civarında vakanın bildirildiği safra kanallarının konjenital kistik genişlemesi nadir bir anomalidir. Yayınlanan vakaların % 80'i kadın hastadır ve vakaların 3/4'ü 25 yaşına kadar ortaya çıkarılmıştır<sup>8</sup>.

## VAKA

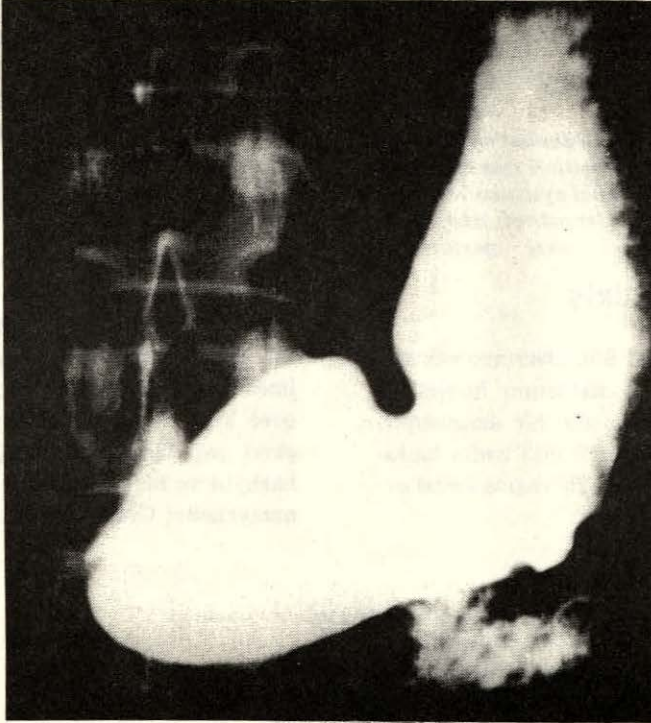
N.Ç., 32 yaşında, bayan öğretmen. Protokol No.: 91422. Şikayeti: Batında ağrı, batında kitle, yüksek ateş. Hikayesi: 12 yıl evveline kadar herhangi bir şikayeti olmadığını ifade eden hastada 12 yıl evvel gebeliğinin son ayında hepatomegali ve sarılık ortaya çıkıyor. Doğumdan sonra şikayetleri kaybolan hastada zaman zaman hepatomegali, sarılık ve batında ağrı meydana geliyor. Bu şikayetleri nedeniyle medikal tedavi gören hasta 50 gün evvel tahliye kürtaşı yapıyor. Kürtaşdan sonra yüksek ateş ve 15 gün süren metro-raji şikayetleri meydana geliyor. Gittiği jinekolog kendisinde hepatomegali ve over kisti olduğunu söylüyor. Bir hafta evvel sağ hipokondriumda şiddetli ağrı başlıyor ve bir kitle ortaya çıkıyor. Fizik muayenede: Genel durum iyi, şuur açık,

- (\*) B. Ü. T. F. Cerrahi Kürsüsü Başasistanı  
 (\*\*) B. Ü. T. F. Cerrahi Kürsüsü Doçenti  
 (\*\*\*) B. Ü. T. F. Cerrahi Kürsüsü Asistanı  
 (\*\*\*\*) B. Ü. T. F. Cerrahi Kürsüsü Başasistanı  
 (\*\*\*\*\*) B. Ü. T. F. Cerrahi Kürsüsü Asistanı

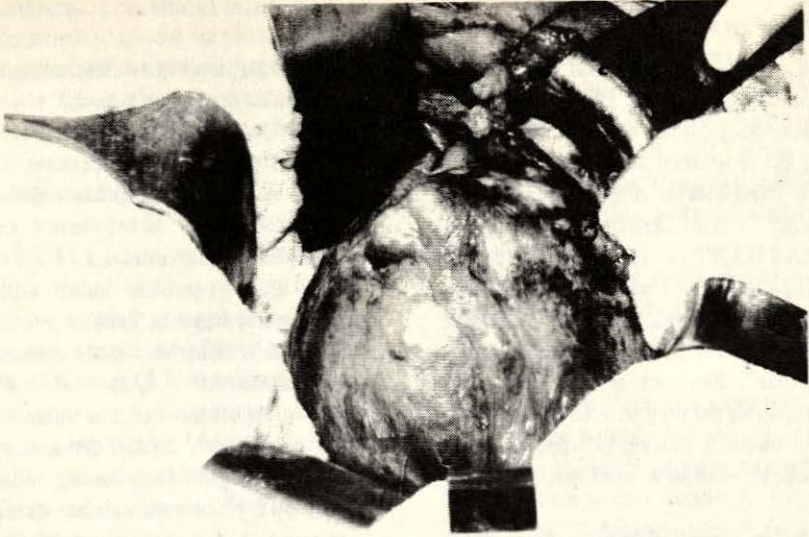
hasta sorularına tam ve zamanında cevap veriyor, ikter, ödem, siyanoz, asit, lenfadenopati, splenomegali yok, turgor ve tonus normal. Karaciğer kot kavşını 4 parmak geçiyor, yumuşak ve hassas. Palpasyonla ve perküsyonla sağ hipokondrium hassas. Palpasyonla umbilikal bölgede orta hattın sağında takriben 15 cm çapında, oldukça sert, kısmen mobil kitle ele geliyor. T.A. 100/60 mm Hg. Nabız. 84. Ateş. 39.5°C. Laboratuvar bulguları: Eritrosit: 3.940.000/mm<sup>3</sup>, Hemoglobin: % 13.1 gr, Hemotokrit: % 34. Lökosit: 6.000/mm<sup>3</sup>. Kanama zamanı: 1 dakika. Pıhtılaşma zamanı: 5 dakika. Sedimentasyon 1 saatte 30 mm, 2 saatte 60 mm. İdrarda: Dansite 1035, albumin (-), şeker (-), bilirubin (-), ürobilin (-), ürobilinojen (-), keton cisim (-), pH: Asit. Mikroskobik tetkikte idrarda her sahada 10-12 lökosit ve 8-10 epitel hücresi bulundu. Kanda: Üre azotu: % 13 mg. Üre % 28 mg

Şeker: % 103 mg. Sodyum: 150 mEq/L. Potasyum: 3.3 mEq/L. Total bilirubin: % 0.4 mg. Direk bilirubin: % 0.2 mg. SGOT: 197 Ü. SGPT: 182 Ü. Alkali fosfataz: 5.5 B.Ü. Asit fosfataz: 0.1 B.Ü. Amilaz: 350 S.Ü. Total protein: % 6.2 gr. Albümin: %4 gr. Globülin: % 2.2 gr. Kolesterol: % 200 mg. Mide-duodenum radyolojik tetkikinde duodenal kadranda itilme mevcut (Resim: 1). Akciğer AP, Ayakta Direk Batın ve İ.V. Pyelografide patalojik bir bulgu saptanamadı. Bu bulguları olan ve şikayetleri artan hasta akut batın ön tanısıyla acilen ameliyata alındı.

Operasyon ve postoperatif gelişmeler: 22.4.1978 tarihinde göbek üstü-altı trans rektal ensizyonla batına girildi. Yapılan eksplorasyonda koledokun distal kısmının takriben 15 cm çapında bir kitle teşkil edecek şekilde genişlemiş olduğu görüldü (Resim: 2). Kist açılarak 3 lt kadar safra aspire edildiğinde pankreatik kanalda



Resim: 1— Mide — duodenum grafisi

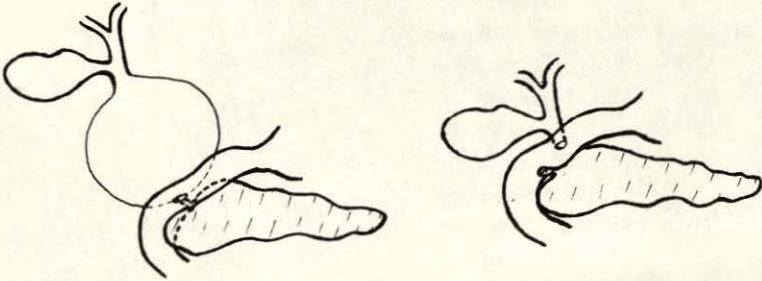


Resim: 2— Kitlenin fotoğrafı

taş olduğu görüldü. Kist total olarak çıkarıldıktan sonra diren perdü konarak koledokoduodunostomi ve pankreatikoduodunostomi yapıldı (Şekil: 1). Eksploreyona devam edildiğinde sol over üzerinde takriben 5-6 cm çapında kist olduğu görüldü. Kist subtotal olarak çıkarılarak kalan parçası ters çevrilip dikildi. Kanama kontrolünü takiben pankreas ve koledok lojuna birer adet penros diren konarak batın anatomik katlarına uygun olarak kapatıldı.

Ameliyattan sonra 4'cü gün hastada pankreas fistülü meydana geldi. Batından gelen mayide amilaz 760 S.Ü. olarak tespit edildi. Ameliyattan sonra 9'cu gün fistül kapandı ve 10'cu gün diren perdü yoluyla yapılan kolanjiografide opak maddenin rahatlıkla duodenuma geçtiği görüldü (Resim: 4) ve bir gün sonra diren perdü çıkarıldı.

Ameliyattan 13 gün sonra hasta kontrole çağırılarak şifa ile taburcu edildi. Yapılan kontrollerde hastanın bir şikayeti olmadığını görmüştük.



Şekil: 1— Vakamızdaki koledok kisti ve Ameliyat tekniğimiz.

## TARTIŞMA

Nadir olan bu konjenital anomalinin basit anatomisi ilk defa 1723'te VATER tarafından gösterildi. Fakat DOUGLAS 1852'de bu lezyonun semptomatolojik ve patolojik özelliklerini doğru olarak veren şahıs oldu<sup>3, 8</sup>. Son zamanlarda O'NEILL ve CHARTWART'ın 11 vakası, TROUT ve LONGMIRE'nin 7 vakası, TSUCHIDA ve ISHIDA'nın 16 vakasıyla 1971'e kadar 600 den fazla vakanın varlığını kabul etmek gerekir<sup>8</sup>. Etyopatogenezi kesin olarak bilinmeyen bu lezyon için öne sürülen teorilerin başında konjenital orijin gelir<sup>1, 11</sup>. Bu konudaki teorilerin belli başlıları şunlardır:

- a) Safra kesesi duvarının konjenital hipotonusu,
- b) Safra yollarının anormal anatomik pozisyonunda olması ve anormal bir açıyla duodenuma açılması,
- c) İntraduodenal koledokun konjenital stenozu,
- d) Sebati eden epitelyal bir tıkanma,
- e) Safra kanallarının anatomik nörodisplazisi,

- f) İntraduodenal koledokun iltihabi stenozu,
- g) Herhangi bir nedenle büyümüş lenf nodülünün dışarıdan basısı,
- h) Uterusun basısı,
- i) Abdominal travma,
- j) Ampula Wateri'nin valv mekanizması,
- k) Kombine teori, v.s.<sup>11</sup>

Bugün genellikle kabul edilen teori embriyonel hayatta gelişim esnasında safra kanalı duvarının destek dokudan yoksun kalmasıdır<sup>11</sup>. Çünkü kist duvarı genellikle epitelden yoksun kalın fibröz yapıya sahiptir<sup>12</sup>. Bazen duvarın yapısında birkaç kas lifi de görmek mümkündür. Histolojik yapısında defekt olan safra kanallarında safra akımına engel olan ve kanal içi safra basıncını arttıran herhangi bir neden defektin olduğu bölgede safra kanalının genişlemesine yol açar<sup>11</sup>. Genellikle pankreatik kanalın Oddi sfinkterinin proksimale açılması bir gerçektir ve bu pankreas ve safra yolu hastalıklarının bir arada bulunmasını kısmen açıklar<sup>9</sup>. Koledok kisti vakalarında pankreatik kanal direk olarak kistin içinde bulunur<sup>4</sup>.



Resim: 3— Vakamızda kist duvarının histolojik görünümü. H.E. P.A: B—1248 250x

Bizim vakamızda da safra kanalının histolojik yapısında defekt mevcuttur (Resim: 3). Uterusun basısı kistin gelişmesini provoke etmiştir ve belkide pankreatik kanaldaki taşın teşekkülü de uterusun basısı nedeniyle olan stazdan dolayıdır.

Safra kanallarında kistik genişlemenin genellikle 4 tipi kabul edilmiştir<sup>5</sup>. Bunlar:

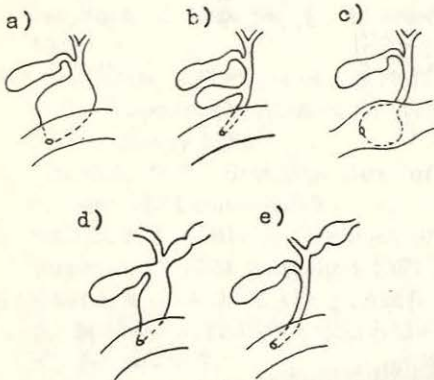
a) Koledok kisti. Yaygın olmayan bu vakaların en çok görülenidir. Bizim vakamızda da görülen şekil budur (Şekil: 2/a).

b) Koledokosel. Duodenum duvarının hemen bitişiğinde terminal koledokun kistik genişlemesidir (Şekil: 2/b).

c) Safra kanalı divertikülü. Çok nadirdir (Şekil: 2/c).

d) İntrahepatik safra kanallarının segmental genişlemesi. CAROLİ tarafından tanımlanmıştır<sup>2</sup> (Şekil: 2/d-e).

Bu lezyonlar tek başlarına olabildikleri gibi 1964'te ARTHUR ve STEWART ve keza ENGLE ve SALMEN tarafından yazıldığı gibi bir arada da olabilirler<sup>1</sup>. SHALLOW safra kanallarında muhtemel konjenital kusurların olabileceği bu vakalarda muhtemelen Hirschsprung's hastalığı ve konjenital hidronüfroz arasında bir ilişkinin olabileceğini düşündü ve megakoledok ismini öne sürdü<sup>1,2</sup>. SWARTLEY ve WEEDER çift safra kanalıyla birlikte



Şekil: 2—

Safra kanallarının kistik genişleme tipleri<sup>8</sup>.

olan koledok kisti vakası yazdılar<sup>1,3</sup>. MEINGOT maligniteyle beraber safra kanallarında kistik genişleme gösteren 4 vaka bulabildiğini bildirdi<sup>8</sup>. Ayrıca DEXTER'in otopside teşhis etmiş olduğu safra ve pankreas kanalları multiple karsinomuyla birlikte koledok kistli bir hastası vardır<sup>8</sup>.

Nadir olan bu anomali kadınlarda erkeklerden 4 defa fazla görür<sup>5,8,11,16</sup>. Japon ırkında görülme insidensi özellikle yüksektir<sup>8</sup>.

Bu anomalinin ana semptomları sarılık, ağrı ve batında üst sağ kadranda palpe edilen kitledir<sup>8</sup>. Bir araştırmada bunların görülme oranı: Sarılık % 82, batında kitle % 86.8, batında ağrı % 61.1, ve her üçünün bir arada bulunma oranı % 30.7 dir<sup>11</sup>. Sarılık intermittenttir ve kanalın torsiyonu sebebiyle tıkanan kistin safra ile dolmasına bağlıdır<sup>7</sup>. Bu konjenital anomalide ortaya çıkan diğer semptomlar bilier sistem hastalıklarında meydana gelenleri taklit ederler. Kolanjitik ateş titreme, kusma, dispepsi ve metaorizm bulguları bunların belli başlılarıdır. Ateş ve kusma % 30.8 vakada mevcuttur<sup>5,15</sup>.

Bizim hastamızda bu bulgulardan ağrı, kitle (Resim: 2), ateş mevcut olup anemnezde de intermittent sarılık vardı.

Kistler vakadan vakaya değişik derecede büyüklük gösterirler. Bir portakal cesametinden 4-5 litreye kadar olabilirler. Kist mevcut olduğu zaman safra kesesi büyüklük ve görünüş bakımından genellikle normaldir<sup>5</sup>.

Ayrırcı teşhiste çocukta hidronefrotik böbrek, polikistik böbrek ve Wilms tümörü, nöroblastom göz önünde tutulmalıdır. İntravenöz pyelografi bu hususta yardımcıdır<sup>5</sup>. Yetişkin hastalarda ise ayrırcı teşhiste mukosel, taşlı kolesistit, karaciğer nonspesifik soliter kisti, hidatik kist, pankreas-suprarenal bez-karaciğerde neoplazik gelişmeler, pankreatik kist, polikistik

tik böbrek, sağ hidronefroz, büyük epigastrik retroperitoneal tümör göz önünde tutulmalıdır<sup>8, 16</sup>.

Vakaların % 80'inde ilk belirtilerin 30 yaşından evvel ortaya çıktığı bu vakalarda ayırıcı teşhiste:

a) Sarılık olmadığı zaman intravenöz kolanjiografinin,

b) Çölyak anjiyografi ve skanningin,

c) Trans jugular venöz kolanjiografinin,

d) İntravenöz pyelografinin,

e) Mide-duodenum radyolojik tetkikin,

f) Peroperatuar kolanjiografinin,

g) Karaciğer fonksiyon testlerinin önemi büyüktür<sup>5, 8</sup>.

Koledok kisti tedavi edilmezse süperatif kolanjit, karaciğer apseleri, bilier siroz, taş teşekkülü, portal ven trombozu, kistin yırtılması ve kanserleşme gibi komplikasyonlara yol açar<sup>6</sup>.

Medikal tedavinin bu hastalarda faydalı bir etkisi yoktur. Bu konjenital anomalinin tedavisi cerrahidir. Başlıca cerrahi tedavi şekilleri şunlardır<sup>5, 10, 14</sup>.

a) Kistin rezeksiyonu ve uç uca anastomoz (Şekil: 3/a).

b) Koledokorafi (Şekil: 3/b-c).

c) Koledokoduodunostomi (Şekil: 3/d).

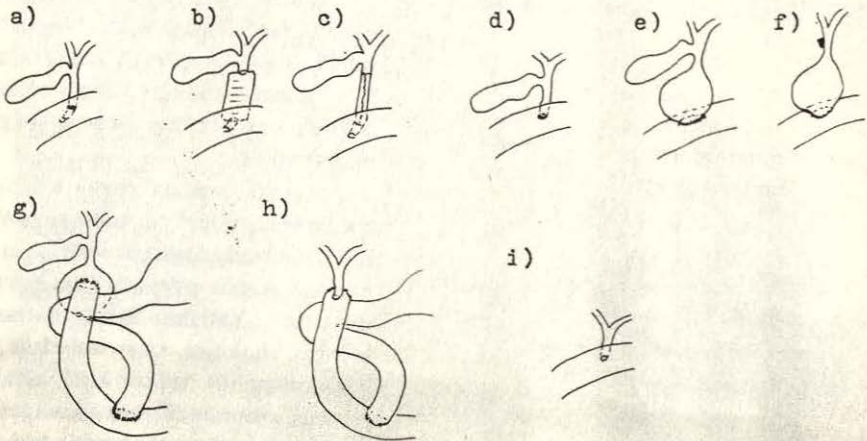
d) Koledokokistoduodunostomi (Şekil: 3/e-f).

e) Hepatikoduodunostomi (Şekil: 3/i).

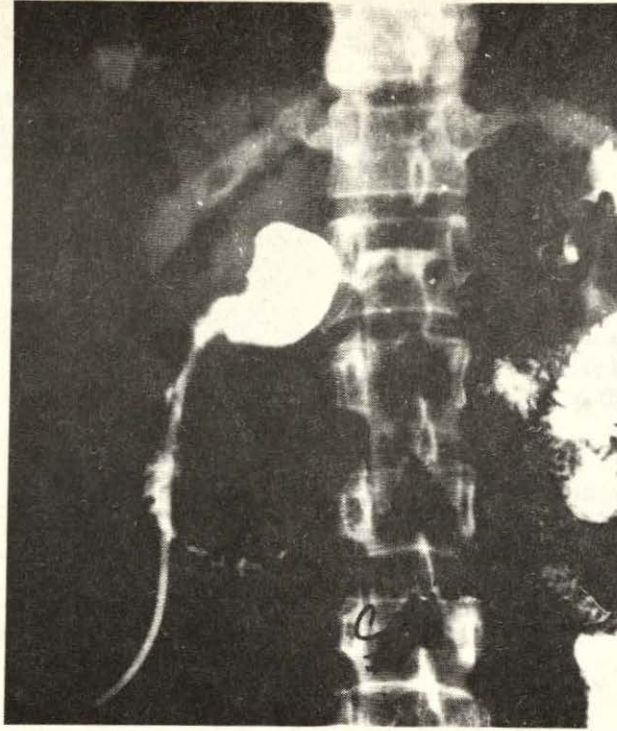
f) Gastrik rezeksiyonu takiben hepaticoduodunostomi.

g) Roux-en-Y anastomoz (Şekil: 3/g-h).

Bütün bu tedavi metodlarının amacı bilier sistem ile ince barsağın yakın bir bölümü arasında yeterli bir anastomozun temininden ibarettir<sup>10</sup>. Seçilecek teknik vakaya ve cerrahin kişisel görüş ve tecrübesine bağlı olarak değişir. Biz vakamızda kistin rezeksiyonundan sonra diren perdü koyarak koledokoduodunostomiyle birlikte pankreatik kanalda taş olduğundan pankreatikoduodunostomiye tercih ettik (Şekil: 1). Postoperatif yaptığımız kolanjiografide görüldüğü gibi yeterli bir anastomozu temin etmiş olduk (Resim: 4).



Şekil: 3— Koledok kisti başlıca cerrahi tedavi şekilleri.



*Resim: 4— Postoperatif yaptığımız kolanjiografi.*

#### KAYNAKLAR

1. ARTHUR, G.W., STEWARD, J.O.R.: Biliary cysts British J. Surgery 51 : 671 London 1964.
2. CAROLI, J.: Disease of intrahepatic bile ducts. J. Med. Sci. 4 : 21 Israel 1968.
3. DOUGLAS, A.H.: Case of dilatation of the common duct. J. Med. Sci. 14 : 97-101 Montly 1852.
4. FRUINE, W.T.: Scientific Basis of Surgery. 103 London 1972.
5. HARDLY, J.D.: Rhoads Textbook of Surgery. 978-1979 Mississippi 1977.
6. KASAI, M., ASAKURA, Y., TAIRA, Y.: Japanese J. Pediatric Surgery 7 : 559 Tokyo 1972.
7. KEMPLE, C.H., SILVER, H.K., O'Brien, D.: Current Pediatric Diagnosis-Treatment 75 Colorada 1974.
8. MEINGOT, R.: Abdominal Operations. 1101 New York 1974.
9. NERA, P.F.: Operative Surgery. 531 Philadelphia 1972.
10. PUESTOW, C.B.: Surgery of the biliary tract-pancreas and spleen. 194 Chicago 1970.
11. SAITO, S., ISHIDA, M.: Progress in Pediatric Surgery. 63 Tokyo 1972.
12. SHALLOW, T.A., EGER, S.A., WAGNER, F.B.: Analitic Surgery. 117 355 London 1943.
13. SWARTLEY and WEEDER.: Annalitic Surgery. 101 : 912 London 1935.
14. SWENSON, O.: Pediatric Surgery. 777 New York 1969.
15. WALTER, W., GEALL, M.G., REMIRE, W.H.: General Surgery Abdomen Breast. 2 : 68 New York 1973.
16. WILSON, J.L.: Hendbook of Surgery 246 California 1973.