

# Pirimer Koledok Kisti

## PRIMARY CHOLEDOCHAL CYST

Dr.Elif YURDUN, Dr.Mustafa TİRELİ, Dr.Ümit BAYOL

SSK Tepecik Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği ve Patoloji Bölümü, İZMİR

### ÖZET

**Primer koledok kisti ülkemizde nadir görülen bir hastalıktır. Bu yazıda, kist eksizyonu ve Roux-Yhepatikojejunostomi yöntemi ile tedavi edilmiş 49 yaşında birekkek hasta sunulmuştur. Primerkoledok kistinin tedavisinde, kist eksizyonu + bilioenterik anastomoz yöntemi, öncelikle düşünülmelidir.**

Anahtar Kelimeler: Primer koledok kisti,  
Bilioenterik anastomoz

T Klin Gastroenterobepatoloji 1992, 3: 64-65

### SUMMARY

**Primary choledochal cyst is a rare disease in our country. In this article, a 49 year old man treated with cyst excision and Roux-Y hepaticojejunostomy is presented. We recommend cyst excision + biliary enteric anastomosis as treatment of primary choledochal cyst.**

Key Words: Primary choledochal cyst,  
Biliary enteric anastomosis

Turk J Oastroenterohepatol 1992, 3: 64-65

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

### OLGU

49 yaşında erkek. Prot.No: 356/91. 18 yıldır sağ üst karında zaman zaman gelen ağrı ve dispetik yakınmaları olan hasta, karın ağrılarının son zamanda artması nedeni ile tetkik için yaptırılan ultrasonografide, koledokta 53x61 mm boyutlarında kist saptanması üzerine, 07.01.1991 günü yatırıldı. Soruşturma ile daha önce kolanjiolit atağı ve sarılık geçirmediği öğrenildi. İlk muayenesinde, sağ üst karın ağrısı dışında patolojik bir bulgu yoktu. Yapılan bilgisayarlı tomografik tetkikte de, koledokta kistik genişlemenin varlığı kanıtlandı (Şekil 1). Hasta

11.01.1991 günü koledok kisti ön tanısı ile ameliyata alındı (Ame.No:37). Gözlemde, koledokta hemen duodenumun üstünden başlayıp hepatik kanalların birleşme yerinin 15 cm altına kadarki bölümü tutan 10x7 cm boyutlarında sferik koledok kisti (Tip 1) saptandı. Önce kolesistektomi yapıldı. Kistin çıkarılabileceği anlaşıldıktan sonra, kist total olarak çıkarıldı. Koledokun alt ucu kapatılıp, gömüldü. Daha sonra iki hepatik kanalın birleşme yerinin 15 cm altına uç-yan hepatikojejunostomi (Roux-Y ansı ile) yapıldı. Ameliyat sonrası olaysız geçti. Hasta iyileşerek taburcu edildi.

Çıkarılan kistin patolojik incelemesinde (Prot.No: 153/91) kist duvarında safra kanalına özgü anatomik yapı tespit edilmiştir.

### TARTIŞMA

Koledok kistlerinin oluşumunu açıklayabilmek için pek çok teori ortaya atılmıştır. Bunlar içinde en çok taraftar bulan görüş, primitif koledoktın epitelyal kapanma döneminde, epitel hücrelerinde düzensiz proliferasyon meydana gelmesidir. Eğer proksimal uçta, distal uca göre daha fazla hücre proliferasyonu olursa bu, proksimal koledokta genişleme ile sonuçlanacaktır (2).

Geliş Tarihi: 18.10.1991

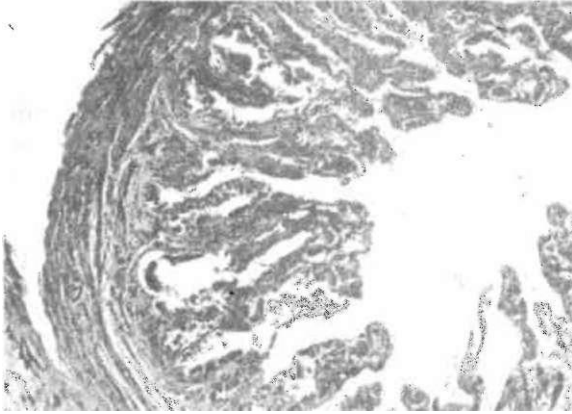
Kabul Tarihi: 30.12.1991

Yazışma Adresi: Dr.Elif YURDUN

SSK Tepecik Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği  
ve Patoloji Bölümü, İZMİR



Şekil E Hastanın tomografik tetkikinde, koledokla kistik genişleme izlenmektedir.



Şekil 2. Koledok kistinin mikroskopik incelemesinde (H.E. X 275), kist duvarının safra kanalı epitelini döşeli olduğu, duvarında submükoza ve msnkler kallann tanı olarak geliştiği izlenmektedir.

Koledok kistlerinin değişik şekilleri vardır. Alonso-Lej'in klasik sınıflamasında üç tip kistten söz edilmiştir. Daha sonra Todani tarafından önerilen sınıflama daha açıklayıcıdır. Burada koledok kistlerinin beş ayrı tipi bulunmaktadır (2,3). Tip 1: Koledokun fusiform veya sferik dilatasyonu (Olguların 9c90'ı bu gruptandır). Tip 2: Ekstrahepatik safra yollarında divertikül tarzı genişleme. Tip 3: Koledokosel. Tip 4: Karaciğer içi ve dışı safra yollarında çok sayıda kistik oluşumlar. Tip 5: Karaciğer içi safra yollarında genişleme (Caroli hast.).

Tip 1 primer koledok kistlerinin tedavisinde temel iki cerrahi yöntem vardır. Birincisi yalnızca kisto-

entorostomi, ikincisi rezeksiyon + hepatikojejunostomidir. Her iki yöntemin erken ve geç sonuçları ile ilgili bir çok araştırma yayınlanmıştır. Ameliyat mortalitesi açısından her iki teknik arasında bir fark bulunamamıştır (2,4).

Ameliyat sonrası komplikasyonlar yönünden kist rezeksiyonu + biliodigestif anastomoz tekniği lehine veriler yayınlanmıştır (1,2,4). Powell (2) İngiliz literatüründen toplayıp, izleyebildiği 188 hastada morbiditenin kistin çıkartabildiği hastalarda %1,6, kistoentorostomi yapılanlarda %10 olduğunu bulmuştur.

Uzak sonuçlar yönünden her iki yöntem karşılaştırıldığında tekrarlayıcı karın ağrısı, kolanjiolit, sarılık, anastomoz hattında darlık, pankreatit gibi önemli komplikasyonlar nedeniyle kistoentorostomi ile tedavi edilen pek çok hastanın yeniden cerrahi girişim gerektirdiği ortaya çıkmaktadır (1,2,4).

Flanigan'ın (1) serisinde yalnızca kistojejunostomi yapılanlarda reoperasyon sıklığı %13, eksizyon yapılanlarda ise %0'dır. Powell (2) ise sırası ile bu oranları %22, %1,6 olarak bildirmiştir.

Kist rezeksiyonu ve hepatikojejunostomi yönteminin bir diğer üstünlüğü de, primer koledok kisti duvarında daha yüksek bir oranda meydana geldiği ileri sürülen kolanjiokarsinom riskinden de hastaların korunmasıdır (2,3,4). Kist duvarında %4,7 ile %20 oranında karsinoma rastlanıldığından söz edilmektedir.

Sonuç olarak, Tip 1 primer koledok kistlerinin tedavisinde yararlanılan iki yöntemin mortalite, morbidite oranları ve uzak sonuçları karşılaştırıldığında, kist rezeksiyonu ve hepatikojejunostomi tekniğinin üstünlüğü açıkça ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle koledok kistli hastaların bu yöntem ile tedavisi için çaba sarfedilmelidir. Eğer ameliyat koşulları kistin çıkarılmasına izin vermez ise, tedavi anastomoz çapı en az 4 cm olan bir kistojejunostomi ile sağlanmalıdır (2).

## KAYNAKLAR

1. Flanigan DP. Biliary cysts. *Annals of Surgery* 1975; 182: 635-43.
2. Powell CS, Sawyers JE, Reynolds HY. Management of adult choledochal cysts. *Annals of Surgery* 1981; 193: 666-76.
3. Rossi RE, Silvennan ME, Braasch JW, et al. Carcinomas arising in cystic conditions of bile ducts. *Annals of Surgery* 1987;205:377-84.
4. Takiff H, Stone M, Fonkalsnid EW. Choledochal cysts: Results of primary surgery and need for reoperation in young patients. *American Journal of Surgery* 1985; 150: 141-6.