

Koledok Kisti (Olgu Sunumu)

Müfit PARLAK*
Ercan TUNCEL**

ÖZET

Nadir görülmesi nedeniyle bir koledok kisti olgusu sunulmuş, ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

Choledochal Cyst (Case Report)

An eighteen year old patient with cholodochal cyst was presented an related literature reviewed.

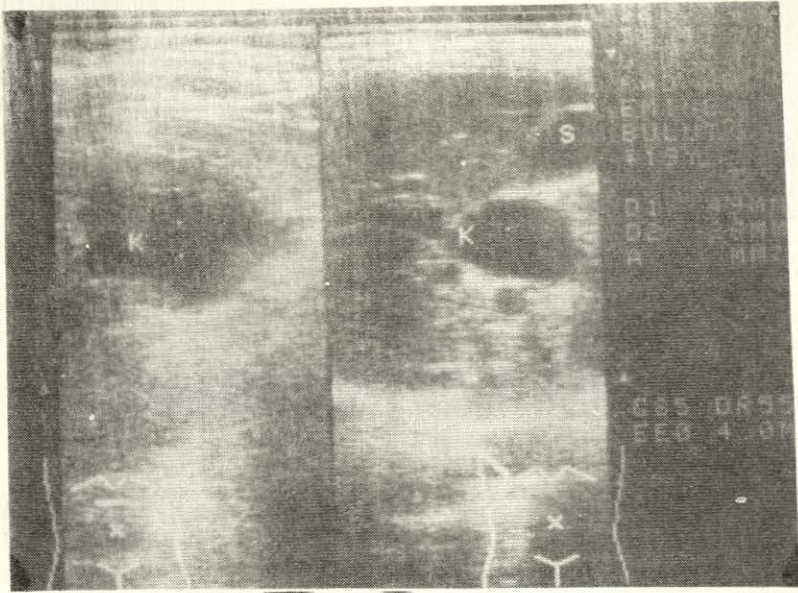
Koledok kisti, kommun biliyer kanalın kistik dilatasyonu ile karakterli nadir görülen konjenital bir anomalidir¹⁻². Genellikle hayatın ilk iki dekadında görülen bu anomaliye kadınlarda 4 kez daha sık rastlanır². Preoperatif tanısı, intravenöz kolanjiografi ve görüntüleme yöntemleri ile konan olgumuzu nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

OLGU

E.B., 18 Y, K. Sağ üst kadranda ağrısı ile fakültemiz cerrahi polikliniğine başvuran hastanın ağrıları yaklaşık bir yıldan beri devam ediyormuş. Ağrı sırta ve epigastrium bölgesine yayılım gösteriyormuş. Hiç sarılık geçirmemiş. Yapılan fizik muayenede epigastrium ve sağ hipokondrium palpasyonla hassas bulundu. Ancak herhangi bir kitle palpe edilmedi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde özellik yoktu. Ultrasonografide, karaciğer sağ lobunun kaudal kesiminde genişlemiş safra yolları ile ilişkili, yaklaşık 5 cm çapında kistik kitle görüldü (Resim 1). IV kolanjiografide genişlemiş

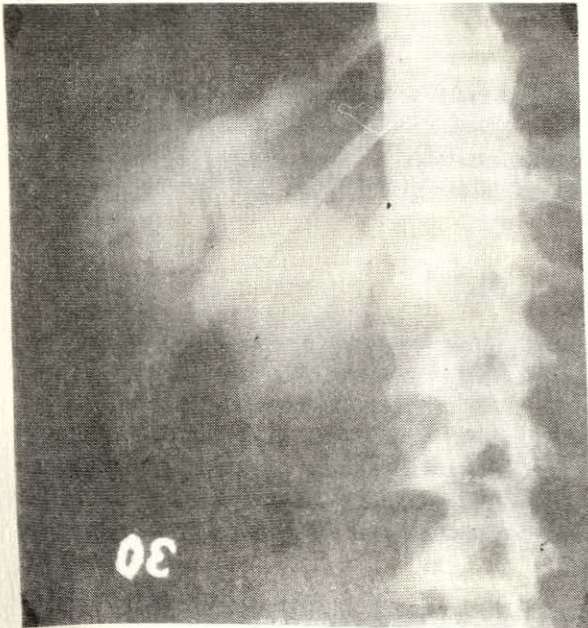
* Uzm. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

** Doç. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

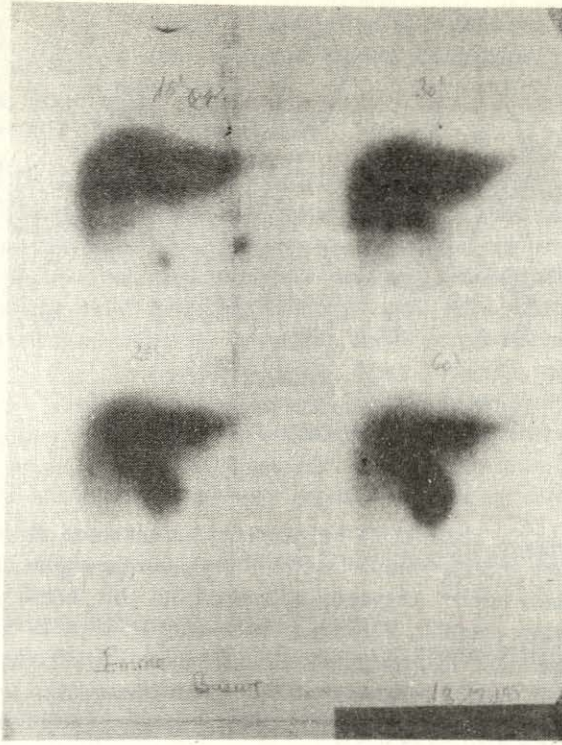


Resim: 1
Olgunun ultrasonografik görünümü

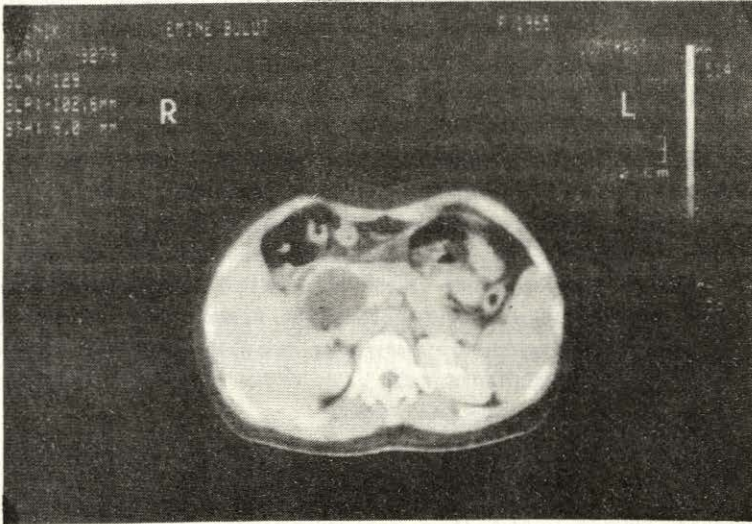
safra yolları ile beraber içi kontrast madde dolu, düzgün konturlu kitle mevcuttu (Resim 2). Benzer görünüm hepato-bilier sintigrafi ve komputere tomografide de saptandı (Resim 3, 4). Yapılan cerrahi girişimle koledok kisti tanısı doğrulandı.



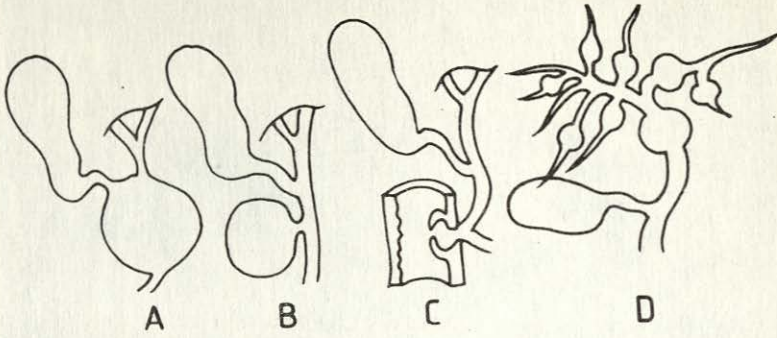
Resim: 2
*Olgunun IV kolanjiografi-
sindeki görünümü*



Resim: 3
Olgunun hepatobilyer sintigrafideki görünümü



Resim: 4
Olgunun yapılan abdominal CT'deki görünümü



Resim: 5
Koledok kistlerinin şematik görünümü
A-Tip I, B-Tip II, C-Tip III, D-Tip V

Koledok kistinin klasik klinik bulguları sağ üst kadranda ağrı, kitle ve sarılıktır. Bu üç bulguyu birlikte görmek nadirdir. Bazı yazarlara göre, bu semptomlar olguların % 63'ünde vardır³. Lezyonun kitle etkisi, üst GİS, kolon ve üriner sistem tetkiklerinde ortaya çıkabilir. Kistin oral kolesistografi veya IV kolanjiografi ile vizualizasyonu nadirdir. Olguların % 65'inde tanı ancak cerrahi eksplorasyon esnasında konur². Radyonüklid çalışmalar ve bilgisayarlı transmisyon tomografisi koledok kisti tanısında yardımcı tanı yöntemleridir. Ultrasonografide, kistin kommun biliyer kanal ile ilişkisinin gösterilmesi Tip I ve II koledok kistleri için tanı koydurucudur¹. Olgumuzda da genişlemiş biliyer kanal ile birlikte porta hepatis'te lokalize, safra kesesinden ayrı kistik kitlenin ilişkisi gösterilerek Tip I koledok kisti tanısı konmuştur. Tip I koledok kistinde sarılık genellikle görülmez. Olgumuzda da sarılık yoktu.

Sağ üst kadranda kistik kitlesinin ayırıcı tanısında, mezenterik veya omental kistler, hepatik kist, renal ve adrenal kist, hepatik arter anevrizması, dilate sıvı dolu barsak segmenti ve abse kolleksiyonu düşünülmelidir¹. Mezenterik veya omental kistler sıklıkla dev boyutlara ulaşırlar ve multiloküle olma eğilimindedirler. Hepatik kistler, eğer supkapsüler lokalizasyonda değil ise karaciğer parankim dokusu ile çevrilidirler. Hem renal hem de adrenal kistler tipik olarak posterior lokalizasyondadırlar. Hepatik arter anevrizmasında sıklıkla trombus vardır ve "real-time" ultrasonografide pulsasyonları izlenebilir. Dilate sıvı dolu barsak segmentinde peristaltik dalga yine "real-time" ultrasonografide gözlenebilir. Absenin düzensiz konturu ve internal ekoları ile koledok kistinden ayırıcı tanısı, kolaylıkla yapılabilir. Koledok kistinin pankreatik psödo kistlerinden, safra kesesi duplikasyonundan ve normal safra kesesinden ayırıcı tanısını yapmak daha zordur.

Sağ üst kadranda kistik kitlesi bulunan hastalarda ultrasonografik veya radyolojik bulgular diğer tanılar için atipik ise koledok kisti ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Günümüzde kullanılan "real-time" görüntüleme ultrasonografi rezolüsyon gücünün yüksekliği, invaziv olmaması, ucuzluğu, kısa zaman süresi içinde tetkikin yapılabilmesi, kolayca tekrarlanabilmesi gibi özellikleri nedeniyle bu tür olgularda ilk seçile-

cek radyolojik tanı yöntemi olmalıdır. Ultrasonografiyi desteklemek amacı ile IV kolanjiografi, hepatobiliyer sintigrafi, CT bu tür olgulara uygulanabilir.

TARTIŞMA

Koledok kisti nadir bir anomalidir^{1,2}. İlk olgunun 1818 yılında Todd tarafından yayımlandığı Uras ve arkadaşları tarafından belirtilmiştir³. 1980 yılına kadar bine yakın olgu rapor edilmiştir³. Çeşitli ülkelerde yayınlanan olguların % 83'ü 30 yaşın altındadır. Koledok kisti, safra yollarının yerel veya genel dilatasyonu ile karakterizedir^{4,5}. Lokalize kistik genişlemeler ekstrahepatik safra yollarında olabileceği gibi intrahepatik safra yollarında da olabilir. Kistik genişlemelerde konjenital faktörlerin önemli rol oynadığı düşünülmektedir³. Kistin oluşumu, embriyonel hayatta, safra yollarının meydana geldiği dönemde, koledok duvarının destek tabakasından yoksun olmasına bağlanmaktadır. Özellikle fibromusküler tabakanın oluşmaması kistin meydana gelmesine neden olmaktadır. Burada ileri sürülen bir başka görüş de fötal hayatta distal koledokta ortaya çıkan bir daralmanın daha sonra kisti oluşturduğu fikridir³.

Günümüzde koledok kistleri, Todani tarafından yapılan sınıflama ile incelenir⁶.

Koledok Kistlerinde Todani Sınıflaması (Resim 5):

Tip I: En sık görülenidir. Kommün biliyer kanalın lokalize dilatasyonu ile karakterizedir.

Tip II: Ekstrahepatik safra kanalında divertiküler bir yapı şeklinde görülür. Kist genellikle kanalın lateralinden köken alır. Biliyer sistemin diğer bölümleri normaldir.

Tip III: Bu tipe koledokosel adı da verilir. Kommün biliyer kanalın duodenuma herniasyonu şeklindedir.

Tip IV: a) İntra ve ekstrahepatik safra kanallarında çok sayıda kistlerle karakterizedir.

b) Ekstrahepatik safra kanallarında birden fazla sayıda kistler vardır.

Tip V: İntrahepatik safra kanalı kistleri (Caroli Hastahğı).

KAYNAKLAR

1. CARLISLE, L.M., WILLIAM, S.T., TERRENCE, A.O., WILLIAM, M.T.: Type II Choledochal Cyst: Ultrasonographic Appearance, Radiology 132: 130-139, 1979.
2. KAREN, R., VASSILIOS, D.R., NANCY, C., GARRY, F., LLOYD, E.H.: The Diagnosis of a choledochal Cyst by ultrasound. Radiology 136: 437-438, 1980.
3. URAS, A., ARIOĞLU, O., ULAGAY, I., YALÇIN, S., OKTAN, A.: Koledok Kisti. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 39: 595-606, 1976.
4. NANCY, R., THORNE, G.: Choledochal Cyst: Roentgenographic Techniques Radiology 114: 113-119, 1975.

5. PRESTON, F.: Biliary Cyst. Ann Surg Nov 635-643, 1975.
6. ROBERT, M.A., STEVEN, S., COLIN, R.M., DUCKSEO, K., CHARLES, E.: Case Report. Computed Tomographic and Ultrasound appearance of a Soliter Intrahepatic Choledochal Cyst. Clinical Radiology 37: 149-150, 1986.

Uzm. Dr. Müfit PARLAK
Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Radyoloji Anabilim Dalı
BURSA