

Koledok Kisti Tabanında Adenokarsinom

Dr. Mustafa ŞENER (1), Dr. Gürhan ÇELİK (2), Dr. Erhan AYŞAN (2)

ÖZET

Karın bilgisayarlı tomografisine göre radyolojik tanısı karaciğer kist hidatiği olup preoperatif olağan incelemeleri normal olan hasta ameliyata alındı. Kitlenin koledok kanalı distalinde olduğu görüldü. Frozen section yapıldı; habislik yönünden kuşkulu olduğu kesin sonucun parafin kesitler yapıldıktan sonra belli olacağı bildirildi. Kolesistektomi ve kistektomi yapıldı; kistin vena kava inferiora yapışık olan arka duvarı bırakıldı. Devamlılık koledokoduodenostomi ile sağlandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hastaya adenom tabanında gelişen adenokarsinom kesin tanısı konularak onkoloji birimiyle birlikte takibe alındı. Kemoterapi programına alınan hastanın postop 6. ayındaki kontrolünde bölgesel nüks veya metastaza rastlanmadı.

Anahtar Kelime: Koledok kisti

SUMMARY

The mass on the distal choledochal duct.

We performed operation a patient who computerized tomographical radiologic diagnosis was liver cyst hidatit. Her preoperative routine examinations was normal. We saw the mass on the distal choledochal duct. We performed frozen section; reported that piece examination was suspected about malignancy and definite result going to clear after pharafine block examination. Cholecystectomy and cystectomy was performed; adhesive posterior wall of the cyst to the vena cava inferior was leaved. Reconstruction was performed by choledochoduodenostomy. There wasn't any postoperative complication. Definite pathologic diagnosis was adenocarcinoma on the adenoma floor. We undertaken her polyclinical control together onchology. She undertaken chemotherapy programme. At the postoperative 6. month control there weren't local recurrens and methastasis.

Key Word: Choledochal Cyst

GİRİŞ

Koledok kisti literatüre ilk kez 1723'de Vater tarafından sokulmuştur (1). 1956'da Alanso-Lej bu tarihe kadar yayınlanmış 94 olguyu incelemiş ve bu seriye dayanılarak bugün de kullanılan koledok kisti sınıflaması ortaya atılmıştır (1, 11). Koledok kistleri 3 ana grupta incelenir (2):

- 1- Konjenital diffuz tip. En sık görülen tiptir
- 2- Divertiküler tip
- 3- Intraduodenal tip. En az görülen tiptir. Koledokosel şeklinde lokal dilatasyondur.

1958'de tarif edilen intrahepatik safra yollarının da hastalığa katıldığı Caroli hastalığı olarak bilinen patoloji de 4. tip olarak kabul görmüştür (3).

Genellikle yenidoğan ve çocuklarda (150000 doğumda bir) görülür. Hastaların %40-60'ı 10 yaşın altındadır (4, 7). Erişkinde çok nadirdir. Kadın / erkek oranı 4/1'dir (4).

Etyolojide 2 mekanizma öne sürülmektedir; distal biliyer obstrüksiyon ve pankreatobiliyer reflü (2, 4). Karın ağrısı, ikter ve karında palpabl kitle klasik triad olarak kabul edilse de hastaların ancak % 33'ünde bu üçlü bir aradadır. Yenidoğanda ikter genelde tek semptomdur. Kist perforasyonu akut karın bulgularıyla başvuran hastalarda bildirilmiştir (9). Ultrasonografi (USG), hepatobiliyer sintigrafisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile perihepatik kistik hastalık tanınabilir (sayek). Endoskopik retrograd koledokopankreatikografi (ERCP) ve perkütan tranşepatik kolanjiografi (PTK) kesin tanıya götürür (2).

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği
Uzmanı (1), Asistanı (2)

Önceden farkedilmeyen ve laparotomi sırasında görülen kistlerde ise kesin tanı intraperatif kolanjiografi ile konulur (5). Erişkinlerde kist içinde kanser gelişme olasılıkları hakkında düşünceler farklıdır; %15-26 arasında değişmektedir (6, 8). Kist içinde safra stazına bağlı asandan kolanjitler en sık komplikasyondur (2).

Tedavide son yıllara kadar kistin yerinde bırakılarak duodenum veya Roux en-Y jejunum parçası ile anastomoz yapılarak drenajı tavsiye edilirdi (2, 12). Ancak yerinde bırakılan kistte kanser, tekrarlayıcı pankreatit, biliyer siroz, portal hipertansiyon gelişebilme risklerinden dolayı kistektominin gerekli olduğu düşüncesini kabul görmüştür. Bunların içinde en ciddişi hiç şüphesiz kanserdir; yerinde bırakılan kistte kanser riski %50'ye çıkar (4). Devamlılığı sağlamak için duodenum veya Roux en-Y jejunumu ile duktus hepaticus arasında anastomoz önerilmektedir (2). Tip 2'de sadece divertikül eksizyonu ve primer tamir uygulanabilir. Karoli hastalığında ise; tutulum sadece bir karaciğer segmentinde ise segmentektomi önerilir ancak genelde yaygındır ve bu durumda PTK ile drenaj tercih edilen yoldur (2).

OLGU

3 ay önce başlayan karın ağrısı nedeniyle bir özel sağlık birimine başvuran 46 yaşındaki bayan hastamıza burada karın bilgisayarlı tomografisi (BT) çekilmiş. Pankreas başı hizasından başlayıp karaciğer sağ lob posteromedialine kadar uzanım gösteren, sağ bobrek üst bölüm ile komşuluk yapıp vena kava inferioru mediale yer değiştiren sınırları düzenli 65 x 75 mm boyutlarında hidatik kist radyolojik tanısı konulması üzerine hasta ameliyat amacıyla birimize gönderilmiş. Hastaya preoperatif yapılan hemogram, idrar incelemesi ve kan biokimyası normaldi (hiperbilirubinemi, bilirubinüri, karaciğer fonksiyon bozukluğu yoktu). Karaciğer kist hidatiği tanısıyla hasta ameliyata alındı.

Sağ subkostal kesi ile katlar geçilerek karına girildi. Kistin karaciğerde değil koledok distalinde olduğu görüldü. Kist yüzeyi nekrotik, kalsifiye ve trabeküler yapılar içeriyordu. Kistotomi yapıp kist içeriği boşaltıldı. Kist arka duvarın iki adet delik görüldü; stile ve bujilerle yapılan kontrolde deliklerden birinin intrahepatik safra yollarına diğerinin ise sistik kanala açıldığı görüldü. Kist ön duvarından alınan parça frozen section için gönderildi. Histopatolojik incelemenin habislik açısından kuşku olduğu kesin tanının parafin kesitler yapıldıktan sonra açıklık kazanacağı bildirildi. Kolesistektomi yapıldı. Vena kava inferior üzerine oturan arka duvar bırakılarak

kistektomi de yapıldı. Devamlılık koledokoduodenostomi ile sağlandı. Kanama kontrolü sonrası bursa omentalis dren konulup katlar anatomisine uygun olarak kapatıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmedi. 24 saat sonra belli olan patolojik kesin tanı; adenom tabanında gelişen adenokarsinomdu. Onkoloji birimiyle konsültasyon sonrası hasta her iki birim (onkoloji ve genel cerrahi) tarafından poliklinik kontrolüne alınmak üzere taburcu edildi. Kemoterapi görmekte olan hastanın 6. ayından yapılan kontrolünde kan incelemelerinde anormal sonuca ve karın BT'de patolojik bulguya (lokal rekürrens, metastaz) rastlanmadı.

TARTIŞMA

Yenidoğan ve çocukların seyrek bir hastalığı olarak bilinen koledok kisti erişkinde çok daha ender görülür (7). İkterle baş vuran hastalar mekanik ikter tanısıyla, sadece ağrı ile baş vuranlar ise kolelitiazis tanısıyla incelenirler. Bu hastalara ilk yapılan inceleme genelde üst karın USG'dir. İyi bir radyolog koledok kistini USG'de tanımlayabilir (4). Yine de bu hastalara kesin tanı için BT, hepatobiliyer sintigrafisi, PTK, ERCP incelemelerinden bazıları gerekir (10). Hasta bize BT sonucuna göre hidatik kist tanısıyla geldiği; ikter ve karaciğer fonksiyon bozukluğu olmadığı için bu incelemelerin hiçbiri uygulanmadı. Vena kava inferiorla komşu olan arka duvar bu damarın serozasıyla bütünleşmişti; duvarı tamamen çıkarmak damar serozasını da sıyırmayı gerektireceğinden anevrizma tehlikesi göze almadık. Koledok kistlerinde posterior duvarın bu kritik komşuluğu nedeniyle total eksizyonundan ısrarlı olmamak tavsiye edilmektedir (4).

Her koledok kistinde mutlaka kanser olasılığını düşünmeyi ve bu nedenle cerrahi yaklaşımla kisti yerinde bırakan girişimleri uygulamamayı öneriyoruz. O an için habis olmayıp yerinde bırakılan kistte ileride kanser gelişme olasılığının (artarak) var olduğu unutulmamalıdır (4).

KAYNAKLAR

- 1- **Alonso-Lej F, Rover WB, Pessagno DJ:** Congenital choledochal cyst with a report of 2 and analysis of 94 cases. Surg gynecol Obstet Internat Abs. 1954; 108:1-30.
- 2- **Aran Ö:** Safra yolları hastalıkları. Temel cerrahi Sayek İ. (ed). Güneş kitabevi 1993, s. 968.
- 3- **Caroli J, Saupalt R, Kossakowski J et al:** La

dilatation polikistique congenitale de voies biliaires intrahepatiques. Essai de classification. Sem hop Paris 1958; 34:488.

- 4- **Alican F:** Sarıhk. Cerrahi dersleri Alican F. Afa yayıncılık, 1996, s. 172.
 - 5- **Okada A et al:** Congenital dilatation of the bile duct in 100 instances and its relationship with anomalous junction. Surg Gynec Obstr 1990; 171:291-98.
 - 6- **Sameshima Y et al:** Coexisting carcinoma in congenital dilatation of the bile duct and anomalous arrangement of the pancreatobiliary duct. Carcinogenesis and coexistent gallbladder carcinoma. Cancer 1987; 60:1883-90.
 - 7- **Sitringer MD et al:** Arch Dis Child 1995 Dec; 73(6):528-31.
 - 8- **Stain SC et al:** Choledochal cyst in adult. Ann Surg. 1995 Aug; 222(2):128-33.
 - 9- **Ando H et al:** Spontaneous perforation of choledochal cyst. J Am Coll Surg. 1995 Aug; 181(2): 125-8.
 - 10- **Kim OH et al:** Imaging of the choledochal cyst. Radiographics. 1995 Jan; 15(1): 69-88.
 - 11- **Oneil JA:** Choledochal cyst. Curr Probl Surg. 1992 Jun; 29(6): 361-410.
 - 12- **Shian WC et al:** Choledochal cyst: a nine year review. Acta Paediatr. 1993 Apr; 82(4): 383-6.
-