




Prematür Doğan Bir Bebekte Konjenital Koledok Kisti ve Kolanjit Olgu Sunumu

A Case Report of Congenital Choledochal Cyst and Cholangitis in a Premature Baby

 Tuba Özdemir Cevizci¹,  Hilal Seda Yılmaz¹,  Fatih Karaarslan²,  Nuriye Tarakçı²,  Hüseyin Altunhan²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Neonatoloji Ana Bilim Dalı, Konya, Türkiye

Makale Tarihleri/Article Dates:

Geliş Tarihi/Recived: 20 Eylül 2022

Kabul Tarihi/Accepted: 6 Mart 2023

Yayın Tarihi/Published Online:

17 Nisan 2023

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Tuba Özdemir Cevizci,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
e mail: ozdemirtuba48@gmail.com

Açıklama/Disclosure: Yazarların hiçbiri, bu makalede bahsedilen herhangi bir ürün, aygıt veya ilaç ile ilgili maddi çıkar ilişkisine sahip değildir. Araştırma, herhangi bir dış organizasyon tarafından desteklenmedi. Yazarlar çalışmanın birincil verilerine tam erişim izni vermek ve derginin talep ettiği takdirde verileri incelemesine izin vermeyi kabul etmektedirler.

ÖZET

Prematüre doğan bebeklerde koledok kisti ve kolanjit nadir görülen bir tablodur. Sarılık, karın şişliği ve ağrı şikâyeti ile karakterize olan koledok kisti yenidoğan döneminde az rastlandığı için gözden kaçabilmektedir. Komplikasyonları ise daha ağır seyretmektedir. Bu yazıda koledok kisti ve kolanjit gelişen bir yenidoğan olguyu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Koledok kisti, kolanjit, yenidoğan.

ABSTRACT

Choledochal cyst and cholangitis in premature babies are rare. Choledochalcyst, which is characterized by jaundice, mass and pain complaints, can be over looked because it is rare in the neonatal period. Complications are more severe. We wanted to present you a new born case who developed a choledochal cyst and cholangitis.

Key words: Choledochalcyst, cholangitis, newborn.



Atıf yapmak için/ Cite this article as: Özdemir Cevizci T, Yılmaz HS, Karaarslan F, Tarakçı N, Altunhan H. Prematür Doğan Bir Bebekte Konjenital Koledok Kisti ve Kolanjit Olgu Sunumu. Mev Med Sci. 2023;3(1): 45-47

"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

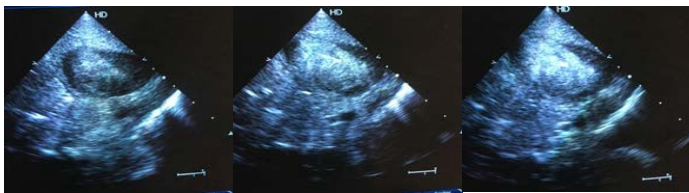
GİRİŞ

Yenidoğan kolestazi konjüğe bilirubin yüksekliği ve hepatobiliyer fonksiyon bozukluğu ile karakterize klinik bir tablodur. Kanaliküler safra akışında bozulma sonucu kanda ve ekstrahepatik dokularda bilirubin, safra asitleri ve kolesterol birikir. Seyrek olarak konjüğe bilirubin düzeyi normal olan bebeklerde tanı, serum safra asitleri düzeyindeki artış ile koyulur. Yenidoğan kolestazi insidansı 1/2.500'dür. Yenidoğan bebekler metabolik gereksinimlerini karşılayacak fonksiyonel olgunlaşmaya ulaşamadıklarından safra oluşumundaki çeşitli bozukluklara daha yatkındır (1).

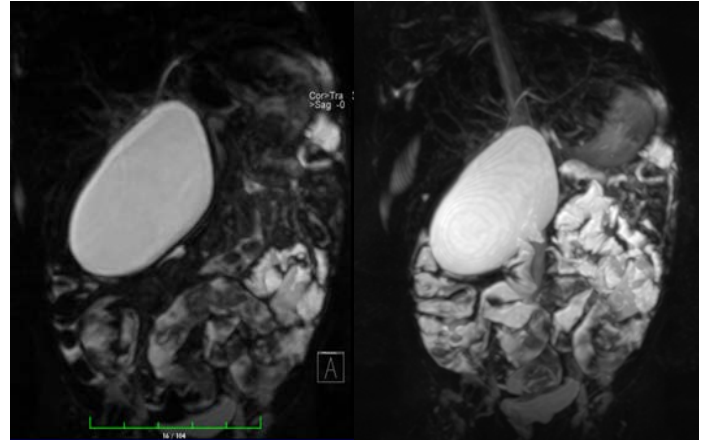
Klasik koledok kisti, koledoğun distalinde bulunan bir darlık veya tıkanıklığa bağlı safra kesesinin yuvarlak, kistik genişlemesidir. Bu anomali genellikle çocuklarda nadir görülür. Sarılık, kitle ve ağrı hastalığın klasik triadı olmakla birlikte vakaların ancak üçte birinde bulunur. Tedavi edilmeyen koledok kistlerinin komplikasyonları perforasyon, kolelitiazis, karsinom, biliyer siroz, pankreatit, kolanjit ve portal hipertansiyondur. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önem taşımaktadır (2). Komplikasyonların önlenmesi için kistin rezeksiyonu ve biliyer sistemin gastrointestinal sistemle devamlılığının sağlanması gerekir. Bu yazıda kolestaz ve koledok kisti olup kolanjit ve sepsis komplikasyonları gelişmesi nedeniyle eksitus olan 52 günlük kız bebek olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşında annenin dokuzuncu gebeliğinin beşinci yaşayarı olarak, sezaryen ile 31 haftalık, 1880 gram, kız bebek mekonyum boyalı olarak doğdu. Özgeçmişinde annenin 30. gebelik haftasında kolesistektomi olduğu öğrenildi. Soy geçmişinde anne baba arasında akrabalık yoktu. Ailede bilinen bir hastalık öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenesinde; genel durumu orta-kötü, vücut ağırlığı 1935 gram (%50-75), boyu 40 cm (% 50) ve baş çevresi 27 cm (%10-25) idi. Hastanın cilt rengi ikterikti ve kutis marmoratus görünümü mevcuttu. Karaciğeri kot altında beş cm ele gelen hastanın dalağı ele gelmiyordu. Gaita rengi akolik ve idrar rengi koyuydu. Laboratuvar incelemesinde; ALT 94 U/L, AST 35 U/L, GGT 212 U/L, total/direk bilirubin 10.19 /9.58 mg/dL, ALP 771 U/L, LDH 240 U/L, total protein 5.1 gr/dL, albümin



Şekil 1. Safra kesesi lojunda koledok kisti olduğu düşünülen lezyonun Hepatobiliyer USG görüntüsü.



Şekil 2. MRCP'de koledokta ve ana hepatik safra yollarında koledok kisti ile uyumlu dilatasyonlar gösterilmiştir.

2.72 gr/dL olarak ölçüldü. Tam kan sayımı normaldi. Kan gazı, amonyak ve laktat seviyeleri, tiroid fonksiyon testleri ve metabolik taramaları normaldi. İdrarda indirgen madde negatif olarak saptandı. Akolik gaitası ve ishali olan hastanın gaita tetkiklerinde E. histolytica/dispar kistleri görüldü. Gaitada gizli kan negatif ve gaita elektrolitleri normaldi.

Hepatobilier ultrasonografi (USG) değerlendirmesinde, safra kesesi lojunda 5x3 cm boyutunda öncelikle koledok kistine ait olduğu düşünülen lezyon saptandı (Şekil 1). Manyetik rezonans kolangiopankreatografik (MRCP) değerlendirmesinde; koledokta ve ana hepatik safra yollarında 4x3 cm boyutlarındaki koledok kisti ile uyumlu kistik dilatasyonlar izlendi (Şekil 2).

Hasta girişimsel radyoloji ve çocuk cerrahisi bölümleri ile kist eksizyonu açısından konsülte edildi. Ancak kilo azlığı ve cerrahi deneyim yetersizliği nedeniyle opere edilemedi. Hastanın takibinde kan kültüründe Serratia marcescens üremesi oldu. Sepsis tablosu gelişen hastanın kolestaz tetkiklerinde artış görüldü. Total bilirubin/ direkt bilirubini 30/27mg/dL, ALP 402 U/L, AST 109 U/L, ALT 62 U/L, GGT 34U/L, CRP:137 mg/L'ye kadar yükseldi. Kolanjit tanısı koyulan hasta yaşamının 52. gününde sepsise bağlı exitus oldu.

TARTIŞMA

Oluşum mekanizmaları tam olarak bilinmeyen biliyer kistler, yenidoğanlarda ve hatta fetuslarda gözlenmeleri nedeni ile konjenital anomali olarak kabul edilmektedirler. Hastalığın etiyojisi hakkında pek çok teori öne sürülmüştür. Babbitt, koledoğun pankreatik kanala anormal olarak açılması nedeni ile pankreatik enzimlerin kronik olarak reflüsü olduğu ve bunun sonucunda safra yollarında inflamasyon, dilatasyon

ve skar formasyonu oluştuğu teorisini öne sürmüştür. (3)

Koledok kistleri genellikle çocukluk çağında tanınabilir. Kızlarda daha sık görülür ve olguların yaklaşık yarısı 10 yaş altındadır (4,5). Rutin laboratuvar testleri tanıya yardımcı olmaz ve tanı çoğu kez gecikir. Biliyer ağacın görüntülenmesi tanıyı koymak için esastır. Biliyer kistlerin tanısında USG'nin özellikle çocukluk çağında %97 'ye ulaşan spesifiteye sahip olduğu bildirilmiştir (6). Yenidoğan sarılığında iki haftayı geçen sarılık durumunda biliyer sistem USG incelemesi ile biliyer atrezi, koledok kisti ayrımının yapılabileceği belirtilmiştir (7,8). Abdominal Bilgisayarlı Tomografi (BT) biliyer sistemin kistik dilatasyonunu ortaya koymak için en efektif yöntemdir. Oral ve İntravenöz (İV) kolanjiografide kontrast madde konsantrasyonunun yetersiz olmasından dolayı nadiren kisti ortaya koyabilir. Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP) hem intrahepatik duktal anatomiyi, hem de ekstrahepatik kisti görüntüleme açısından iyi sonuç verir.

Hastaya MRCP ile kesin tanı konuldu. Tedavi olarak cerrahi hazırlık sürecindeyken Serratia marcescens sepsisi nedeniyle genel durumu hızla kötüleşti. Karaciğer; bakteriyel temizlemede, bakteriyel ürünlerin aktivasyonunda, inflamatuvar mediatörlerin üretimi ve temizlenmesinde önemli role sahiptir (1). Sepsis sırasında sarılık doğrudan bakteriyel ürünlerden ya da konağın enfeksiyona verdiği yanıtın bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Sıklıkla, her iki faktör de sarılık gelişimine katkıda bulunur (10). Ayrıca karaciğeri hedef alan spesifik enfeksiyonlar, karaciğer enfeksiyonuna bağlı karaciğer hasarı nedeniyle sarılığa neden olabilir (10). Sepsisli hastalarda erken karaciğer disfonksiyonu esas olarak şok ve karaciğer hipoperfüzyonu ile ilişkilidir, oysa sepsisin ilerleyen zamanlarında ortaya çıkan ağırlıklı olarak kolestatik özelliklere sahip karaciğer disfonksiyonu, ikincil bir inflamatuvar mediatör fırtınasından kaynaklanır (9).

Gram negatif sepsis, esas olarak safra tuzu taşınmasının endotoksin ile indüklenen inhibisyonu nedeniyle kolestaz ile ilişkilendirilmiştir (11). Koledok kisti olan bir yenidoğanda gram negatif sepsisin mortal seyredebileceği akıld tutulmalıdır. Bir çalışmada koledok kistlerinin erken bebeklik döneminde, hatta asemptomatik çocuklarda bile cerrahi ile tedavi edilmesinin güvenli ve etkili olduğu; daha sonraki yaşamda ciddi komplikasyonları önleyebileceği sonucuna varılmıştır (12). Bu vaka sunumunda nadir görülen ve komplikasyonları ciddi olan koledok kisti hakkında farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

Hasta onam: Hasta yakınlarından vaka sunumu ile ilgili gerekli onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir finansal çıkar çatışması yoktur.

Sorumlu Yazar: Tuba Özdemir Cevizci,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
e-mail: ozdemirtuba48@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Takcı Ş, Günbey C, Yurdakök M, et al. Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde neonatal kolestaz, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2013;56:175-80.
2. Salman AB, Suma S, Yıldırğan Mİ, et al. Koledok kisti safra yollarının kistik dilatasyonu, MJAU 1997;29:464-7.
3. Babbitt DP. Congenital choledochalysts: New etiological concept based on anomalous relationships of the common bile duct and pancreatic bulb, AnnRadiol (Paris) 1969;12: 231-40.
4. Soares KC, Goldstein SD, Ghaseb MA, et al. Pediatric choledochalysts: Diagnosis and current management. Pediatr SurgInt 2017; 33(6):637-50.
5. Takiff H, Stone M, Fonkalsud EW. Choledochal cyst: Results of primary surgery and need for reoperation in young patients. Anı J Surg 1985;150:141-6.
6. Lee HC, Yeung CY, Chang PY et al. Dilatation of the biliary tree in children: Sonographic diagnosis and its clinical significance. J UltrasoundMed 2000;19:177-82;quiz 183-74.
7. Kim WS, Kim IO, Yeon KM, et al. Choledochal cyst with or without biliary atresia in neonates and young infants: US differentiation. Radiology 1998;209:465-9.
8. Khong PL, Cheung SC, Leong LL, et al. Ultrasonography of intra-abdominal cystic lesions in the newborn. ClinRadiol 2003;58:449-54.
9. Geier A, Fickert P, Trauner M. Hastalık mekanizmaları: Sepsiste kolestazın mekanizmaları ve klinik etkileri. NatClinPract Gastroenteroloji Hepatoloji 2006;3:574-85.
10. Chand N, Sanyal AJ. Sepsis-induced cholestasis. Hepatology 2007;45:230-41.
11. Moseley RH. Sepsis-associated cholestasis. Gastroenterology 1997;112:302-6.
12. Burnweit CA, Birken GA, Heiss K. The management of choledochal cysts in the newborn. Pediatr Surg Int. 1996 Mar;11(2-3):130-3.