

# Koledok taşlarında endoskopik yaklaşım

A. Remzi DALAY (\*), Oya UYGUR-BA YRAMİÇLİ (\*\*), Füsün ÖZ (\*\*), Nihat AKBA YIR (\*\*), Cengiz BÖLÜKBAŞ (\*\*), Nezih PİŞKİNPAŞA (\*\*), Mehmet SÖKMEN (\*\*\*), A. Faruk AĞAN (\*\*\*), Oya ÖVÜNÇ (\*\*\*\*)

## ÖZET

Haydarpaşa Numune Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği'nde yapılan ilk 120 ERCP de koledok taşı saptanan ve endoskopik olarak tedavi edilen 44 hastadaki sonuçlar değerlendirildi. Hastaların 21'i erkek, 23'ü kadın olup yaş ortalamaları 61.5 idi. Olguların % 64'ü kolesistektomize idi, safra keseleri in situ olanların da % 75'inde kesede taş vardı. Perivateriyen divertikül % 18 olguda saptandı. Papillası intakt olan 42 koledok taşı olgunun % 67'sine sfinkterotomi yapıldı ve bu hastaların % 89'unda endoskopik olarak taşlar çıkartıldı. Tüm hastalar gözonüne alındığında endoskopik koledok taşı tedavi başarısı % 59'dur. Olguların % 7'sinde komplikasyon gelişti, bunlar medikal olarak tedavi edildi. İşleme bağlı mortalite görülmedi.

**Anahtar kelimeler:** ERCP, sfinkterotomi, koledok taşı, endoskopik tedavi

## SUMMARY

### *Endoscopic therapy of common bile duct stones*

The results of endoscopic therapy of 44 patients with common bile duct stones have been evaluated. There were 21 male and 23 female patients with a mean age of 61.5 years. Sixtyfour percent of the patients had prior cholecystectomy and 75 % of the patients with intact gall bladder had stones. Peripapillary diverticula was present in 18 %. Endoscopic sphincterotomy was performed in 67 % of the patients with intact papilla (n=42), common bile duct was free of stones in 89 % of these patients. Overall endoscopic duct clearance success rate was 59 % with a complication rate of 7 % all of them treated medically. There was no procedure related mortality.

**Key words:** ERCP, sphincterotomy, common bile duct stone, endoscopic therapy

## GİRİŞ

Classen ve Kawai'nin 1974 yılında endoskopik sfinkterotomi (EST) bildirmelerinden sonra ekstrahepatik kolestazın tedavisinde önemli değişimler olmuş ve bu konuda en fazla bilgi ve deneyim birikimi koledok taşlarında oluşmuştur (1,2).

Günümüzde koledok taşı bulunan çeşitli tip hastalarda ilk tedavi seçeneğini endoskopik yaklaşım oluşturmaktadır, bu hasta grupları arasında kolesistektomize hastalar (T tüpü bu-

lunmayanlar ve T tüp traktı oluşmamış veya trakttan taş ekstraksiyonu yapılamamışlar), safra kesesi in situ olup yaşlı, operatif riski yüksek veya cerrahi dışı safra taşı tedavi alternatiflerini seçen hastalar, safra taşı pankreatiti olan hastalar ile taşa bağlı akut kolanjiti olan hastalar sayılabilir (3).

Haydarpaşa Numune Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği'nde 1992'de ERCP yapılmaya başlanmıştır. Yaptığımız 120 ERCP'de koledok taşı saptadığımız hastalardaki sonuçlarımızı inceledik.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Diagnostik ERCP yapılan 120 hastadan koledok taşı saptanan 44 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların 21'i erkek, 23'ü kadındı; ortalama yaşları 61.5 (sınır 25-83) idi.

(\* ) Haydarpaşa Numune Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Doç. Dr.

(\*\* ) Haydarpaşa Numune Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Asist. Dr.

(\*\*\* ) Haydarpaşa Numune Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Uz. Dr.

(\*\*\*\* ) Haydarpaşa Numune Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Klin. Şef, Doç. Dr.

# The Clear Choice



ENDOPATH<sup>®</sup>  
**TRI STAR**

• Trademark



ETHICON ENDO-SURGERY  
a Johnson & Johnson company

# TIP DÜNYASININ İLETİŞİMİNİ TAMAMLAYAN !

## SENDROM

Multidisipliner Aktüel Tıp Dergisi  
Her ay, yılda 12 sayı + 2 Ek sayı

## SPOR VE TIP

Her ay, yılda 12 sayı

## TÜRK ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON CEMİYETİ MECMUASI

Yılda 10 sayı + 2 Ek sayı

## JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK DERGİSİ

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## ÇAĞDAŞ CERRAHİ DERGİSİ

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## İSTANBUL ÇOCUK KLİNİĞİ DERGİSİ

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## DÜŞÜNEN ADAM

Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi  
3 ayda bir, yılda 4 sayı

## OTOLARENKOLOJİ DERNEĞİ ARŞİVİ

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## GÖZTEPE TIP DERGİSİ

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## PEDİATRİK CERRAHİ DERGİSİ

4 ayda bir, yılda 3 sayı

## TÜRK MİKROBİYOLOJİ CEMİYETİ DERGİSİ

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK VE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ DERGİSİ

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## EPİLEPSİ

4 ayda bir, yılda 3sayı

## GÖĞÜS KALP DAMAR CERRAHİSİ DERGİSİ

3 ayda bir, yılda 4 sayı

## JİNEKOLOJİ OBSTETRİK PEDİATRİ DERGİSİ

3 ayda bir, yılda 4 sayı



LOGOS YAYINCILIK TİC. A.Ş.

Yıldız Posta cad. No:36/66-67, 80280 Gayrettepe - İSTANBUL  
Tel: (0212) 288 05 41 , 288 50 22 Fax: (0212) 211 61 85

Hastaların tümüne ERCP indikasyonu tarafımızdan konmamıştır, hastanenin çeşitli bölümlerinde veya diğer hastanelerde yatıp ERCP istenen hastalara da işlem yapılmıştır, dolayısıyla hastaların uzun süreli takibi tam değildir.

ERCP ve EST standart tekniklere uygun olarak yapıldı (1). ERCP'de ilk 20 hastada Olympus JF B3 model, sonraki hastalarda Fujinon Duo XT model (çalışma kanalı 3.7 mm) fiberoptik duodenoskoplar kullanıldı. Olympus JF B3 model duodenoskopun kanalından kılavuz telli sfinkterotom, balon ve basket geçmediği için koledok taşı saptanan hastalarda taş ekstraksiyonu denenmedi. ERCP kateteri ile derin kanülasyon sağlanamayan hastalarda kılavuz tel üzerinden kanülasyona çalışıldı. Bunda da başarılı olunamadığında, terapötik girişim indikasyonu tam ise (derin kanülasyonsuz ERCP'de taş görülmesi veya işlem öncesi ultrasonografide koledok taşının tesbiti gibi), iğne uçlu sfinkterotom kullanılarak koledokoduodenal fistül oluşturulmaya çalışıldı.

EST'de koledokun intramural segmenti kesici ve koagüle edici akımların karışımı ile (blended current) transvers kıvrıma kadar kesildi. Koledokun çok dilate olduğu hastalarda taşlar Dormia basketi ile yakalanarak çıkartılırken, az dilate olgularda balon ve/veya basket kullanıldı. Her olguda taş ekstraksiyonundan sonra çift lümenli balon ile kontrol ERCP'si yapıldı.

Akut kolanjiti olmayan hastalara ERCP öncesi profilaktik antibiyotik verilmedi. Koledok taşı olup EST yapılamayan hastalara işlem sonrası Gram (-) organizmalara etkin antibiyotik verildi.

## SONUÇLAR

Hastaların çoğunluğu kolesistektomize idi (% 64). Safra kesesi in situ olan hastaların % 75'inde kesede taş vardı.

Perivateriyen divertikül % 18 olguda saptandı; en sık görülen şekil papillanın divertiküle göre saat 7 hizasında olması idi (% 62.5), çift di-

Tablo 1. Koledok taşı olgularda EST teknik başarısı ve taşların temizlenme oranları

|                   | n  | EST başarısı (%) | Taş çıkarılması (%) |
|-------------------|----|------------------|---------------------|
| Papilla intakt    | 42 | 67               | 59.5                |
| Sfinkteroplastili | 2  |                  | 50                  |
| Toplam            | 44 | 64               | 59                  |

vertikül arasında papilla % 25, saat 5 hizasında papilla ise % 12.5 oranında saptandı. Hastalardan 2 tanesine daha önceden sfinkteroplasti yapılmıştı. Papillası intakt olan 42 hastanın 28'ine EST yapıldı (% 67), bu hastalardan 25'inde koledok taşlardan temizlendi (% 59.5). Sfinkteroplastili 2 hastadan 1'inde taş basketle alındı. Böylece koledokolitiasisli 44 hastadan taşların endoskopik yolla temizlenme oranı % 59'dur (Tablo 1).

Perivateriyen divertikülü olmayan olgularda EST yapılabilme oranı % 73.5 iken divertikülü olan olgularda aynı oran % 50 idi, aradaki fark istatistik olarak anlamsızdır ( $p>0.20$ ). Taş ekstraksiyonu yapılan hastaların % 38'inde sadece balon, % 17'sinde sadece basket kullanırken geriye kalan % 45'inde ise balon ve basket birlikte kullanıldı.

İki hastada taşların büyüklüğünden dolayı EST sonrası taş ekstraksiyonu başarılı olmadığından ESWL denendi, bir hastada koledok temizlendi, diğer hastada taşların bazıları kırılmadan kaldı.

Laparoskopik kolesistektomi öncesinde koledok taşı ile uyumlu anamnezi olan 2 hastada yapılan ERCP'de taş saptanarak EST ve taş ekstraksiyonu yapıldı, daha sonra hastalar laparoskopik kolesistektomiye alındı.

EST yapılan hastalarda komplikasyon oranı % 7'dir. Birer hastada kanama ve pankreatit gelişti (% 3.5'er). Her iki komplikasyonda da hastalar medikal tedaviye cevap verdi. EST veya taş ekstraksiyonuna bağlı mortalite görülmedi.

## TARTIŞMA

Pankreatikobilier sisteme yönelik terapötik endoskopik girişimler gittikçe daha fazla uygulanmaktadır. Cerrahi tedaviye alternatif olan bu yöntemlerin tercih edilme nedenleri arasında hastaların ileri yaşta olmaları, daha önceki operasyonlar nedeniyle cerrahi teknik güçlüklerin söz konusu olabilmesi, ameliyat morbidite ve mortalitelerin küçümsenemeyecek düzeyde olması ve endoskopik tedavi başarı oranının cerrahi ile kıyaslanabilecek durumda hatta daha yüksek olması sayılabilir. Ancak maddiyonun diğer yüzünde endoskopik tedavilerin en zor öğrenilen, en fazla deneyim gerektiren, başarısız olduğu takdirde hastayı hastalığının dışında birtakım risklere atabilen, komplikasyonlar oluştuğunda tedavilerinin hayli güç olduğu gerçeği yatar.

Koledok taşlarının ise daha özel bir durumu vardır. 20 yıldan fazla zamandır uygulandığı için en fazla bilgi, deneyim ve takip sonuçlarının bulunduğu bu hastalıkta olguların çoğunda birinci tedavi seçeneği endoskopik yaklaşımdır. Koledok taşlarının çıkartılması için iki aşamalı işlem yapılır; EST ve taşın ekstraksiyonu. EST başarı oranı literatürde % 81-99 arasındadır (4,5). Koledok taşı vakalarımızın EST başarı oranı % 64'dür; bu düşüklüğün nedenleri teknolojik yetersizlik, deneyimsizlik ve her olguda EST denenmemesidir. Teknolojik yetersizlik başlangıçta kullanılan duodenoskopun çalışma kanalından güncel aksesuarların geçmemesi, daha sonraları ise hastalara gerekli aletlerin her zaman aldırılmamasından kaynaklanmaktadır.

EST deneyiminin az olduğu dönemde, özellikle ilk 50 olguda, teknik başarının düşük, komplikasyon ve mortalite oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (6). Bilier endoskopiye yeni başlayan merkezimiz için % 64'lük EST başarı oranının çok düşük olmadığı kanısındayız. Özellikle cerrahi kliniklerinden sadece diagnostik ERCP istemi ile gönderilen hastalarda koledok taşı saptanması halinde gönderen klinik taşı cerrahi olarak tedavi edeceğini ifade ederse EST denenmedi. Bu girişimimizin doğruluğu tar-

tışılabilir. Bu olgularda antibiyotik kullanımı ile kolanjit komplikasyonu önlenmeye çalışılmıştır.

EST yapılan hastaların % 89'unda balon ve basketle koledok taşlardan temizlendi; bu oran literatürde bildirilen klasik % 85-90 sınırı içindedir (3). EST yapmamıza karşın taşların temizlenemediği 3 olgunun 2'sinde büyük ve multipl taşlar vardı, diğer olguda ise EST sırasında kanama oldu. Standart Dormia basketi ile tutulmayan ve "zor koledok taşları" olarak nitelenen olgularda öneriler yöntemlere sahip olmadığımız için bu büyük taşları tedavi edemedik (7,8).

Tüm koledok taşlı olgular gözönüne alındığında olgularımızın ancak % 59'unda endoskopik tedavi ile tam başarı sağlanmıştır. Bu oranın literatürde bildirilen % 85-90'dan düşük olmasının nedeni EST teknik başarısının düşüklüğünden kaynaklanmakta olup ayrıntıları yukarıda tartışılmıştır.

EST yapılan hastalarda % 7 oranında komplikasyon görülmüştür. Bunlar birer olguda kanama ve pankreatit idi. Kanayan olguda kan transfüzyonu ile stabilizasyon sağlanmıştır. Pankreatit olgusu da konservatif olarak tedavi edilmiştir. Bildirilen büyük hasta gruplu EST serilerinde % 5-8.7 arasında komplikasyon gelişirken deneyimi az, vaka sayısı küçük serilerde bu oran % 64'e kadar yükselmektedir (6,9).

Gerçekte cerrahi bir işlem olan EST'nin deneyimli ellerdeki mortalitesi % 0.2-2.2 arasında iken deneyim azaldıkça bu oran % 27'ye kadar yükselmektedir (6,9). Bizim sınırlı sayıdaki hastalarda mortalitemiz yoktur, bunun nedeni muhtemelen fazla agresif davranmadan EST'nin teknik başarı şartlarını zorlamamamızdır.

## SONUÇ

Koledok taşı bulunan hastalıkların pek çoğunda endoskopik taş ekstraksiyonu hasta için daha konforlu, cerrahiye oranla daha düşük morbidite ve mortaliteli, cerrahi ile kıyaslanabilecek kısa ve uzun süreli başarı şansı olan bir yöntemdir. Ancak bu yöntemin en büyük dezavantajı öğrenme sürecinin uzun olmasıdır.

## KAYNAKLAR

1. Classen M, Demling L. Endoskopische Sphinkterotomie der Papilla Vateri und Steinextraktion aus dem Ductus Choledochus. Dtsch Med Wschr 1974; 99:469-76.
2. Kawai K, Akasada Y, Murakami K, Tada M, Kohli Y, Nakajima M. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater. Gastrointest Endosc 1974; 20:148-51.
3. Sherman S, Gottlieb K, Lehman GA. Therapeutic biliary endoscopy. Gastrointest Endosc 1994; 26:93-112.
4. Classen M. Endoscopic papillotomy. In: Sivak MV Jr (Ed). Gastroenterologic endoscopy. Philadelphia. WB Saunders. 1987:637-40.
5. Hilmioğlu F, Şaşmaz N, Dalay R, Caner ME, Ateş KB, Şengör M, Özdemir K, Oğuz P, Şahin B. Endoskopik sfinkterotomi sonuçlarımız. Gastroenteroloji

1991; 2:29-33.

6. Cotton PB, Lehan G, Vennes J, Geenen JE, Russell RCG, Meyers WC, Liguory C, Nicki N. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. Gastrointest Endosc 1991; 37:383-93.
7. Binmoeller KF, Brückner M, Thonke F, Soehendra N. Treatment of difficult bile duct stones using mechanical, electrohydraulic and extracorporeal shock wave lithotripsy. Endoscopy 1993; 25:201-6.
8. Ell C, Hochberger J, May A, Fleig WE, Bauer R, Mendez L, Hahn EG. Laser lithotripsy of difficult bile duct stones by means of a rhodamine-6G laser and an integrated automatic stone-tissue detection system. Gastrointest Endosc 1993; 39:755-62.
9. Kald B, Karlquist PA, Lindstrom E, Olaison G, Anderberg B. Endoscopic sphincterotomy in poor-risk patients. Ann Chir Gynecol 1987; 76:155-8.

---

Alındığı tarih: 5 Nisan 1996

Yazışma adresi: Doç. Dr. A. Remzi Dalay, Bahariye Cad. No:100/6 81300 Kadıköy-İstanbul

---