

İlk ERCP sonuçlarımız#

Adem AKÇAKAYA (*), Atilla KARAKELLEOĞLU (*), Uğur BİNGÖL (**), Turgut HEVENK (**), Gülgün GİRİTLİ (*), Rıza KUTANIŞ (***)

ÖZET

Vakıf Gureba Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği Endoskopi Ünitesi'nde Ağustos 1994 ve Haziran 1997 tarihleri arasında 57 hastaya ERCP uyguladık. Hastaların 33'ü kadın 24'ü erkek, en genci 25, en yaşlısı 87 yaşında, yaş ortalaması 55.87 idi. En sık ERCP endikasyonu 26 vaka (% 46) ile mekanik ikterdi. 34 hastaya (% 59.6) sfinkterotomi yapıldı. Koledok taş tesbit edilen 21 vakanın 15'inde (% 71) taş ekstraksiyonu yapıldı. İşlem sonunda 3 hastada medikal tedavi ile düzelen pankreatit gelişti. Kanama, perforasyon gibi ciddi komplikasyonlarımız olmadı. Serimizde mortalite % 0 olarak tesbit edildi.

SUMMARY

Our initial experiences in ERCP

We performed ERCP to 57 patients from August 1995 to June 1997 at the Endoscopy Unit of the 1. General Surgery Clinic of VGH. 33 of our patients were female and 24 were male. Patients ranged in age from 25 to 87 with a mean of 55.87 years. The most frequent indication of ERCP was mechanical icter with 26 patients (46 percent). We performed sphincterotomy to 34 patients (59.6 percent). The stones at the choledoc of 15 patient (71 percent) had been extracted. At the end of these procedures we had 3 pancreatic cases which each of them cured with medical treatment. We has no very serious complication like bleeding and perforation. In our study the rate of mortality was zero percent.

Anahtar kelimeler: ERCP, ilk deneyimlerimiz

Key words: ERCP, initial experiences

GİRİŞ

1968 yılında kullanım alanına giren Endoscopic Cholangio Pancreatography (ERCP) papilla vateri, safra yolları ve pankreas hastalıklarının teşhis ve tedavisinde son derece yararlı bir yöntemdir ⁽¹⁾.

Başlangıçta tamamen diagnostik amaçlı kullanıma girmiş, 1974 yılında Kawai'nin endoskopik sfinkterotomiye tanımlamasından sonra tedavi amaçlı da kullanılmaya başlanmıştır ⁽²⁾.

Bu yöntemde yandan görüşlü duodenoskop duodenuma indirildikten sonra bu iş için imal edilmiş özel kanüller papilla vateri yoluyla ko-

ledok ve wirsung kanallarına sokulmakta ve radyokontrast enjekte edilerek safra kanallarının ve pankreas kanalının görüntüsü elde edilmektedir. Gerekğinde bu kanallara sfinkterotomi denilen apereyler sokularak papilla ve oddi sfinkteri kesilmekte ve bu kanallara ekstraktörler tatbik edilerek koledok taşları çıkarılmakta ve drenaj yapılabilmektedir.

Soehendra tarafından 1979 yılında malign biliyer tıkanıklıkların endoskopik stent yerleştirilmesi yolu ile drenajının sağlanması ile bu konuda yeni bir dönem başlamıştır. Daha sonraları benign darlıklar, cerrahi veya endoskopik yolla çıkarılamayan koledok taşları tedavisinde, biliyer fistüllerde de stent kullanılmaya başlanmıştır ⁽⁴⁾.

Biz bu çalışmamızda hastanemizde yeni uygulamaya başladığımız ERCP sonuçlarımızı sunmayı hedefledik.

III. Hepatopankreatobilier Cerrahi Kongresinde (1-4 Kasım 1997, İzmir) poster olarak sunulmuştur.

(*) Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, Op. Dr.

(**) Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, Asis. Dr.

(***) Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, Doç. Dr.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ağustos 1995-Haziran 1997 tarihleri arasında Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği Endoskopi Ünitesi'nde 66 hastaya ERCP girişimi denendi, 57 (% 86) hastada papilla kanüle edildi. Çalışmamıza kanüle edilen bu 57 hasta dahil edildi. Tüm hastalara işlemden önce dahili muayene yapıldı ve işlemi tolere edip edemeyeceği, daha önce geçirdiği operasyonlar, kanama diatezi bakımından sorgulandı.

Hastalara 20-22 G iv kanülle damar yolu açılarak işlemden önce Buscopan ampul (20 mg/ml), Dormicum 1-5 mg iv olarak yapıldı. Tüm vakalarda Fujinon FD-7-XL2 yandan görüşlü duodenoskop kullanıldı. Kontrast madde olarak serum fizyolojik ile % 25 dilüe edilmiş ürograf tercih edildi. ERCP sonrası hastalar karın ağrısı, bulantı, kusma, titreme şikayetleri yönünden izlendi. Serviste yatmayan hastalar en az 2 saat süre ile gözlem altında tutuldu. Hastaların 24 saat sonra dahili muayeneleri tekrarlandı, gerekli görülenlerden biyokimyasal tetkikler istendi.

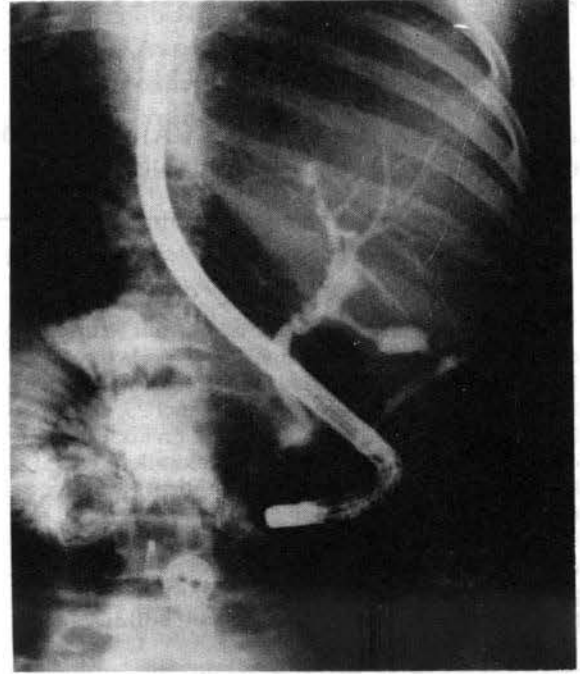
BULGULAR

Hastalarımızın 33'ü (% 58) kadın, 24'ü (% 42) erkek, en genci 22, en yaşlısı 86 yaşında idi. Serinin yaş ortalaması 55.87 olarak tespit edildi. En sık ERCP endikasyonumuz 26 vaka ile mekanik ikter idi (% 46). Diğer endikasyonlarımız ve sıklıkları Tablo 1'de görülmektedir.

ERCP yapılan hastalarda, 21 vaka ile koledokta taş en sık tespit edilen bulguydu. Bunu opere kist hidatik kavitesiyle safra yolu iştiraki, pe-

Tablo 1. ERCP endikasyonlarımız

Endikasyon	Olgu sayısı	%
Mekanik ikter	26	46
Cerrahi girişim sonrası	20	35
• Karaciğer kist hidatiği	8	14
• Kolesistektomi+koledok exp	5	9
• Diğerleri	7	12
KC enzim yüksekliği, şüpheli BT ve/veya US	6	11
Pankreas yalancı kisti	2	3
Pankreatit	2	3
Karaciğerde kitle	1	1.5



Resim 1. Kolesistektomi sonrası oluşan koledok yaralanmasının ERCP ile tesbiti.

Tablo 2. ERCP bulgularımız

Tanı	Olgu sayısı
Koledokta taş	21
Opere kist hidatik kavitesi ile iştirak	7
Periampuller kitle	5
Taşsız geniş koledok	4
Koledok yaralanması	3
Koledok distalinde darlık	3
Duodenal divertikül	3
Geniş ve kıvrımlı Wirsung kanalı	3
Daralmış koledokoduodenostomi ağzı	2
Koledokta taş+hidrops kese	2
Dolmayan intrahepatik safra yolları	1
Koledok ligasyonu	1
Normal koledok	4

riampuller kitle, taşsız geniş koledok, koledok yaralanması (Resim 1). koledok distalinde darlık geniş ve kıvrımlı wirsung kanalı izlemekte idi. Diğer bulgular Tablo 2'de görülmektedir.

ERCP uygulanan 57 hastanın 34'üne (% 59.6) sfinkterotomi yapıldı, 5 vakada periampuller bölge ve papilladan biyopsi alındı. Koledokta taş tespit edilen 21 vakanın 15'inde (% 71) taş ekstraksiyonu yapıldı, 6'sında (% 29) başarılı olunamadı.

Hastaların 3'ünde ilk gün karın ağrısı ile başvuru oldu. Bu 3 hastanın da biyokimyasal tetkiklerinde amilaz seviyeleri yüksek olarak bulundu ve pankreatit olarak değerlendirildi. Medikal tedavi ile bu hastaların şikayetleri geriledi. Hiçbir hastamızda kanama ve perforasyon gibi ciddi komplikasyonlarımız olmadı. Serimizde mortalite % 0 olarak tespit edildi.

TARTIŞMA

ERCP yaklaşık 20 yıldır safra yolları ve pankreas hastalıklarının teşhis ve tedavisinde kullanılmaktadır. Kolesistolithiazisli hastalarda safra yolları ile ilgili komplikasyonların yaşınl ilerlemesine paralel olarak artmakta olduğu bildirilmektedir. Bu oran ortalama % 10 civarındadır. Bunların başında koledokolithiasis gelmektedir. Bunu safra yollarında çamur ve tanımlaması tam olarak yapılamayan papilla stenozu ve disfonksiyonu izlemektedir. Pankreatobiliyer sistemde teşhis amaçlı iv kolanjiyografi, US, BT, MR, PTK ve ERCP gibi birçok teşhis vasıtası kullanılmaktadır.

Çeşitli yayınlarda bu yöntemlerin patolojilerinin bulunduğu yere göre üstünlüklerinin olduğu bildirilmektedir. Tham ve ark. yaptığı bir çalışmada ERCP ile iv kolanjiyografi, US ve KC fonksiyon testlerini kıyaslamışlar, ERCP'nin yerine iv kolanjiyografinin önerilemeyeceğini, ancak US ve KC fonksiyon testlerinin faydalı olabileceğini bildirmişlerdir⁽⁹⁾.

Sarılık oluşan ve mekanik obstrüksiyon düşünülen malign veya benign pankreatobiliyer sistem hastalıklarında, klinik ve laboratuvarla şüpheli durum mevcutsa diagnostik amaçlı ERCP endikasyonu vardır. Diagnostik amaçlı ERCP; tekrarlayan pankreatitlerde etyolojiyi aydınlatmak için, kronik pankreatitlerde preoperatif değerlendirme için, CT ve US ile ayırımı yapılamayan pankreas yalancı kistlerinde ve malignitelerinde, iatrojenik veya travmatik pankreatikobiliyer sistem yaralanmalarında da düşünülmelidir.

Günümüzde giderek yaygınlaşan laparoskopik kolesistektomi sonrası oluşabilecek komplikas-

yonların teşhis ve tedavisinde ERCP tercih edilen bir yöntem olmalıdır^(1,6).

Safra yolları tıkanmalarının tedavisi sebep ne olursa olsun 20 yıl öncesine kadar sadece cerrahi yöntemlerle yapılmaktaydı. Teknolojik gelişmelere paralel olarak geniş kanallı endoskopların geliştirilmesiyle cerrahiye alternatif yöntemler uygulamaya konulmuştur⁽⁵⁾. Tedavi amaçlı ERCP, sfinkterotomi yapmak, taş ekstraksiyonu yapmak, stent yerleştirmek, nazobiliyer drenaj ve biliyer darlıklarda balonla dilatasyon yapmak amacıyla uygulanabilir.

Sfinkterotomi, koledok taşlarında, papiller stenoz veya Oddi sfinkter disfonksiyonunda, stent yerleştirmek için, Sump sendromunda, koledokoselde, cerrahi uygulamayan ampuller karsinomlarda ve koledokoskopi ile inceleme yapmak istendiğinde uygulanabilir. Stent ise benign ve malign darlıklarda, safra yolu fistüllerinde, çıkarılamayan koledok taşlarında uygulanabilir.

Tömüre bağlı biliyer obstrüksiyon gelişen hastaların sadece % 10-20'si küratif cerrahi tedavi uygulanabilir durumdadır. Küratif cerrahi tedavi uygulanan hastalarda sürvi 17-21 ay, mortalite % 3-11 iken, inkübrabl olgularda palyatif maksatlı cerrahi girişimler beraberinde % 20-40 oranında mortalite getirmektedir. Bu hastalarda mortalite ve morbiditesi daha düşük olan ERCP ile stent yerleştirme yöntemi tercih edilmelidir.

ERCP'ye bağlı oluşan komplikasyonlar işlemi uygulayanın tecrübesi, işlemin yapıldığı ortam, hastanın tanısı ve uygulanan tedavilere bağlıdır. Jowell ve ark. yaptığı çalışmada yeterli tecrübeye ulaşmak için en az 180 ERCP yapılması gerektiği ifade edilmiştir⁽¹⁰⁾.

ERCP'nin en sık görülen komplikasyonu pankreatittir. Bunu kolanjit, sepsis, kanama ve perforasyon izlemektedir. Ayrıca tıkanma gibi stentle ilgili ya da sfinkterotomiye bağlı geç komplikasyonlar da oluşabilmektedir. Değişik serilerde morbidite oranı yaklaşık % 10, mortalite oranı ise % 0.5-1 olarak bildirilmektedir. Bizim serimizde 3 hastada karın ağrısı şikayetleri oldu

(% 5.2), pankreatit olarak değerlendirilen bu hastalar medikal tedavi ile düzeldi. Mortalite oranımız ise % 0 olarak bulundu.

SONUÇ

ERCP, pankreatikobiliyer sistem patolojilerinin teşhisinde yüksek sensitivite, spesifite ve pozitif prodiktif değere sahiptir. Bu sisteme yönelik cerrahi girişimlere bağlı mortalite, morbidite, maliyet ve hastanede kalış süresini azaltan, laparoskopik kolesistektomi gibi güncel girişimleri tamamlayan minimal invaziv bir teşhis ve tedavi yöntemidir. Bu yöntemin, yeterli tecrübeye sahip eleman ve altyapının sağlanabildiği tüm cerrahi kliniklerde yaygınlaşması gerektiği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Baillie J. Gastrointestinal endoscopy basic principles and practice. The Bath Press, Avon, 1992.
2. Kawai A, Akasaki Y, et al. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of vater. Gastrointestinal Endoscopy 1974; 20:148-51.

3. Soehendra A, Maydeo B, et al. A new technique for replacing an obstructed biliary endoprothesis. Endoscopy 1990; 22:271-72.
4. Soomers AJ, Nagengast FM, Yap SH. Endoscopic placement of biliary endoprothesis in patients with endoscopically unextractable common bile duct stones. Endoscopy 1990; 22:24-26.
5. Örmeci N, Dökmeci A, Karayalçın S. Endoskopik biliyer stent tedavisi. Gastroenteroloji 1993; 3:445-49.
6. Şentürk H. Laparoskopik kolesistektomide ERCP uygulaması. Aktüel Tıp Dergisi 1997; 1:6-9.
7. Cotton PB. Endoscopic methods for relief of malignant obstructivejaundice. World J Surg 1984; 8:854-61.
8. Aliperti G. Complications related to diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Gastrointest Endosc Clin N Am 1996; 2:379-407.
9. Tham TC, Collins JS, Watson RG, Ellis PK, McIlrath EM. Diagnosis of common bile duct stones by intravenous cholangiography: prediction by ultrasound and liver function tests compared with endoscopic retrograde cholangiography. Gastrointest Endosc 1996; 2:158-63.
10. Jowell PS, Baillie J, Branch MS, Affronti J, Browning CL, Bute BQ. Xuantitative assessment of procedural comptence. A prospective study of training in endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Ann Intern Med 1996; 12:983-89.

Alındığı tarih: 16 Ocak 1998

Yazışma adresi: Op. Dr. Adem Akçakaya, Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, Fatih-İstanbul