

ERKP ile Koledokolityaz Saptanan Vakalarda Ultrasonografinin Duyarlılığı

THE SENSITIVITY OF ULTRASONOGRAPHY IN CASES WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS DIAGNOSED BY ERCP

Ender ELÜDOKUZ*, Ethem TANKURT**, Hale AKBAYLAR**, Enis İÇİ***,
Oğuz DİCLE***, İlkay ŞİMŞEK**, Ömür GÖNEN**

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi *İç Hastalıkları ABD, **Gastroenteroloji BD, Radyocidiagnostik ABD, İZMİR

ÖZET

Koledok taşlarının tanısında ultrasonografi (USG), endoskopik ultrason (EUS), bilgisayarlı tomografi (BT), intravenöz kolanjiografi (IVK), perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK), endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERKP) ve hepatobiliyer sintigrafisi kullanılabilir. USG noninvaziv, kolay ve ucuz bir yöntem olduğu için ilk uygulanan yöntemlerden birisidir. USG'nin koledok taşlarında tanılma değerini incelemek amacıyla, ERKP'de koledokta taş saptanan 57 hastanın (37 kadın, 20 erkek, ortalama yaş 59±12) USG bulguları retrospektif olarak incelendi. USG'nin koledok taşlarında duyarlılığı %32, koledok genişliği koledokolitiasis açısından indirekt bir bulgu olarak değerlendirildiğinde duyarlılığı %55 olarak bulundu. Düşük duyarlılığı nedeniyle, koledok taşlarının tanısında USG'nin diğer tanı yöntemleri ile birlikte uygulanması gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Koledokolityaz, Ultrasonografi, Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi

T Klin Gastroenterohepatoloji 1996, 7:108-110

Koledok taşları asemptomatik olabileceği gibi, pankreatitten akut süperatif kolanjite dek uzanan bir klinik spektrumda gözlenebilir. Kolesistektomi uygulanan vakalarda yapılan çalışmalarda yaklaşık %12-15 arasında keseyle birlikte koledokta da taş saptanmıştır (1). McSherry ve Glenn, kolesistektominin mortalitesini %0.5, negatif koledokotominin mortalitesini %2.4 ve koledokolitotomünün mortalitesini %3.9 olarak bulmuşlardır (2). Ateş, bilier kolik, kese taşlarının sayısı ve büyüklüğü,

Geliş Tarihi: 04.05.1996

Yazışma Adresi- Dr. Ender ELLİDOKUZ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları ABD,
35340 Inciraltı - İZMİR

SUMMARY

Ultrasound (USG), endoscopic ultrasound (EU), computerized tomography (CT), intravenous cholangiography, percutaneous transhepatic cholangiography (PTC), endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and hepatobiliary scintigraphy have been used in the diagnosis of common bile duct stones. USG is one of the first applied methods because it is noninvasive cheap and easy. To establish the diagnostic value of USG in common bile duct stones, USG findings of 57 cases diagnosed by ERCP (37 female, 20 male, mean age 59±12) were evaluated retrospectively. USG sensitivity was found to be 32% in common bile duct stones. When finding of a dilated duct was accepted as an indirect evidence for choledocholithiasis the sensitivity was 55%. It was concluded that USG must be combined with other diagnostic methods in the diagnosis of common bile duct stones because of low sensitivity.

Key Words: Choledocholithiasis, Ultrasound, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography

T Klin J Gastroenterohepatol 1996, 7:108-110

sarılık ve pankreatit öyküsü, akut kolesistitin bulunmasının, cerrahi sırasında koledokta taş saptanması yönünden prediktif değeri yoktur (3,4). Sadece Charcot's triadı olanlarda %95 oranında koledok taşına rastlanabilir (5,6). Bu durumda, koledok taşlarının tanısının konulması, tedavi stratejilerini belirlemede önemli bir aşamadır. Ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), intravenöz kolanjiografi (IVK), perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK), hepatobiliyer sintigrafisi ve endoskopik retrograd kolanjiografi (ERKP) tanılma amaçla kullanılabilen yöntemlerdir. USG noninvaziv olması, erken dönemde uygulanabilir olması ve ucuz olması nedeniyle ilk tercih edilen ve en sık kullanılan yöntemdir. Bu yöntemlerle taş varlığı ya da genişlemiş koledok gösterilebilir. Normal koledok çapının üst sınırı, en geniş ye-

rinden ölçüldüğünde USG ile 5 mm, IVK ile 7.5 mm, ERKP ve PTK ile 10,5 mm olarak saptanmıştır (7,8). Bu çalışmanın amacı ERKP ile koledok taşı saptanan hastalarda USG'nin duyarlılığını araştırmaktır.

MATERYEL VE METOD

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Ünitesi'nde Ocak 1932 ile Mart 1994 tarihleri arasında yapılan 156 adet EP.KP'den koledok taşı saptanan 57 vak'a çalışmaya alınmıştır. Bu hastaların retrospektif olarak USG bulguları incelenmiştir. Vak'aların yaşları 25 ile 83 arasında değişmektedir ve ortalaması 59a3İ2 olarak hesaplanmış olup, 37'si kadın 20'si erkektir.

Hastaları tıkanma ikteri, akut pankreatit, sağ üst kadranda karın ağrısı olan ve karaciğer enzim yüksekliği gibi nedenlerle genel cerrahi veya dahiliye kliniklerinde izlenen hastalar oluşturmaktadır. Hastalarda lokal anestezi, IV (intravenöz) Dolanlin ve IV Diazepam sonrası Olympus JF type 1T20 marka duodenoskopi papilla bulunarak kanüle edilmiş, skopi altında kateterden kontrast madde verilerek koledok ve pankreas kanalı görüntülenmiştir. Taş tesbit edilenlerde radyografi çekilmiştir. Bunlardan koledokta taş saptanan vak'alar çalışmaya alınmıştır.

BULGULAR

Elliye hastanın 14 tanesi kayıt yetersizliği, ultrasonografinin yapılmamış olması ve diğer nedenlerle çalışma dışı bırakılmıştır. Toplam 43 vak'amn 14 tanesinde USG'de taş görülebilmemiş, 24'ünde ise koledok genişlemiş olarak ölçülmüştür. Taş görülenlerin hepsinde koledok çapı geniş bulunmuştur.

USG'nin taş varlığını göstermesi açısından duyarlılığı %32 olarak hesaplanmıştır. İndirekt olarak USG'de koledokun geniş gözlenmesi dolaylı bir kanıt olarak kabul edildiğinde duyarlılığı %55 olarak saptanmıştır. Koledok genişliği olan vak'alarda, koledok çapı en küçük 9 mm, en büyük 17 mm ve ortalama 12.3 olarak ölçülmüştür.

Bu hastalardan beş tanesinde BT uygulanmış ve ikisinde genişlemiş koledok gösterilebilmiş, hiçbirinde koledokta taş gözlenmemiştir.

ERKP ile koledok taşı saptanan 57 vak'amn 31 'inde sfinkterotomi, sekizine litotripsi uygulanmış ve yedi tanesinde basket gibi yöntemlerle taş çıkarılmıştır.

TARTIŞMA

Kolesistektomi uygulanan hastalarda %12-15 oranında operasyon sırasında birlikte koledokta da taş bulunmaktadır (1). Bunların, ancak %10-18'inde operasyon öncesi yapılan USG koledokun geniş olduğunu saptayabilmiştir (9-11). Sarılığı olan vak'alarda USG'nin duyarlılığı %20-40 arasında değişmektedir (12,13). Mide ve duodenumun su ile doldurulması, değişik pozisyonlarda görüntüleme, yağlı yemek sonrası muayene gibi yön-

temler USG'nin duyarlılığını arttırmak için kullanılarak bu oran %75'e yükseltilebilmiştir. Ancak bu yöntemlerin rutin ve her klinik durumda uygulanması olası görünmemektedir (14). Bu konuda ülkemizde yapılan bir çalışmada USG'nin duyarlılığı %33.3 olarak saptanmıştır (15). Bu çalışmada ise ERKP ile taş saptananlarda USG'nin duyarlılığı %55 olarak bulunmuştur. Taşın görüntülenmesi ise %32 hastada mümkün olabilmıştır. Literatür bilgileri ile karşılaştırıldığında, bu çalışmada USG'nin duyarlılık düzeyinin daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu farklılığa, ERKP öncesi yapılan USG'nin ERKP karan alınmasında etkili olması yol açmış olabilir.

Kaynaklarda, BT ile yapılan çalışmalarda duyarlılığın %76 dolayında olduğu bildirilmektedir (16,17). Bu çalışmada uygulanan BT sayısının yetersizliği nedeniyle bu konuda bir karşılaştırma yapılamamıştır. Endoskopi ultrasonografi (EUS) ve özellikle laparoskopik cerrahinin yaygınlaşması ile gelişen intraoperatif ultrasonografinin koledok taşlarının saptanmasındaki yeri tartışılmaktadır (18). Bu çalışmada elde edilen bulgular da göstermektedir ki, koledokolithiaz kuşkusunu olan, tıkanma ikteri olan veya kolesistektomi planlanan hastalarda USG ilk seçenek olabilecek bir yöntemdir. Ancak gerektiğinde mutlaka EUS, BT ve ERKP gibi yöntemlerle kombine edilerek, koledokolithiaz tanısının erken konması sağlanmalı ve uygulanacak endoskopik girişimlerle, koledokotominin getireceği morbidite ve mortalite azaltılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Den Besten L, Doty JE. Pathogenesis and management of cholelithiasis. Surg Clin North Am 1981; 61:893.
2. MoSherty CK, Glenn F. The incidence and the causes of death following surgery for nonmalignant biliary tract disease. Ann Surg 1980; 191:271.
3. Frazee RC, vanHeerden JA. Cholecystectomy with concomitant exploration of the common bile duct. Surg Gynecol Obstet 1989; 168:513.
4. Reiss R, Deutsch AA, Nudelman I et al. Statistical value of various clinical parameters in predicting the presence of choledochal stones. Surg Gynecol Obstet 1984; 159:273.
5. Rubin JR, Bea! JM. Diagnosis of choledolithiasis. Surg Gynecol Obstet 1983; 156:16.
6. Way LW, Admirand WH, Dunphy JE. Management of cholelithiasis. Ann Surg 1972; 176:347.
7. Lac " t r; _ j.^ibiadder and bile ducts. In: Runack CM, Wilson CMrboneau JW, eds. Diagnostic Ultrasound. Missouri: Mosby Year Book Inc Co. 1991:106-44.
8. Niederau C, Sonnenberg A, Mueller J. Comparison of the extrahepatic bile duct size measured by ultrasound and by different radiographic methods. Gastroenterology 1984; 87:615.

9. Cronan JJ, Mueller PR, Simeone JF et al. Prospective diagnosis of choledocholithiasis. *Radiology* 1983; 146:467.
10. Johnson AG, Hosking SW, Appraisal of the management of the biliary duct stones. *Br J Surg* 1987; 74:555,
Muller SB, Dark RA. A comparison of computed tomography and sonography in choledocholithiasis. *AJP* 1984; 142:729.
12. Khandelwal N, Sun S, Malik M et al. Ultrasound in choledocholithiasis. *Indian Med Assoc* 1991; 89:95-7.
13. Fasanen P, Partanen K, Pikkarainen P et al. Ultrasonography, CT and ERCP in the diagnosis of choledochal stones. *Acta Radiol* 1992; 33:53-6,
14. Dong B, Chen M. Improved sonographic visualization of choledocholithiasis. *J Clin Ultrasound* 1987; 15:185-90.
15. Tankurt E, Tözün N, Kalaycı C ve ark. ERCP'nin tanı değeri: Ultrasonogram ve Bilgisayarlı Tomografi ile Kıyaslanması, *Özellikli Bilimsel ve Tıbbi Araştırmalar Dergisi* 1999; 1:73,
16. Barakos 3A, Ralls PW, Lapin SA et al. Cholelithiasis; evaluation with CT, *Radiology* 1987; 162:415-8.
17. Baron RL. Common bile duct stones: Reassessment of criteria for CT diagnosis. *Radiology* 1987; 162:419-24.
18. Ito M, Takasu S. Ultrasonography in cholelithiasis. *Nippon Rinsho* 1993; 51:1787-72.