

Peroral kolanjioskopi ile tanı konan koledok neoplazmı (olgu sunumu)

Peroral cholangioscopy for the diagnosis of a choledochal neoplasm

Dr. Çağlar BAYSAL, Dr. Yasemin KOŞAR, Dr. Azmi SERİN, Dr. Burhan ŞAHİN

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

ÖZET: Koledokolithiasis ve kronik karaciğer hastalığı nedeniyle izlenen 49 yaşında, erkek hastada peroral kolanjioskopi ile koledok neoplazmı saptandı. Bu olgudaki gözlemimiz kolanjiografideki şüpheli dolma defektlerinde kolanjioskopinin tamamlayıcı bir tetkik olarak yararlı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: **Peroral kolanjioskopi, koledok neoplazmı**

SUMMARY: A 49-year-old man was admitted to Türkiye Yüksek İhtisas Hospital Gastroenterology Department for evaluation of jaundice. Although he had a history of choledocholithiasis and chronic liver disease, peroral cholangioscopy revealed a choledochal polypoid neoplasm which was initially misinterpreted as a common bile duct stone. We conclude that cholangioscopy is a useful and a complementary procedure to cholangiography for the differentiation of radiologically undetermined ductal lesions.

Key words: **Peroral cholangioscopy, choledochal neoplasm**

SAFRA yolları hastalıklarının çoğu Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatikografi (ERCP) ve/veya Perkütan Kolanjiografi (PTC) ile saptanabilmektedir. Bu yöntemlerle elde edilen radyolojik görüntüler tanı koymada genellikle yeterli olurken özel bazı durumlarda safra yollarının endoskopik olarak görülmesi (kolanjioskopi) tanıya yardımcı olmaktadır. Bu yazıda kliniğimizde koledokolithiasis tanısıyla izlenen ancak peroral kolanjioskopi (POCS) ile koledok neoplazmı tanısı konan bir olgu sunulmuş ve günümüzdeki kolanjioskopi uygulamaları tartışılmıştır.

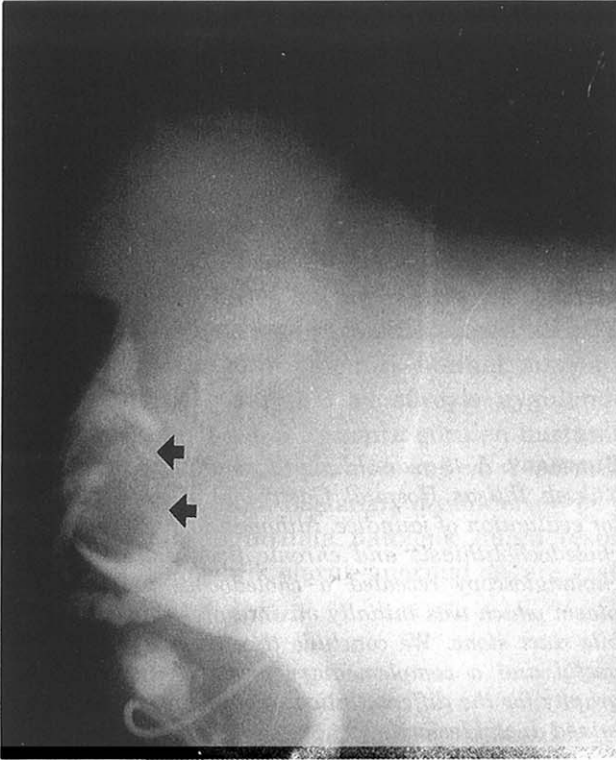
Olgu

49 yaşında erkek hasta sarılık yakınması ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden, 6 ay önce taşlı kolesistit nedeniyle kolesistektomi geçirdiği, operasyondan 1.5 ay sonra da sarılığının gelişmesi üzerine kliniğimizde koledokolithiasis tanısı alarak endoskopik sfinkterotomi ve balonla taş ekstraksiyonu uygulandığı öğrenildi. Bu işlemten sonra sarılığının azaldığını ancak son dönemde tekrar arttığını belirtiyordu. Hastamız ayrıca 6 ay önce tanısı konan HBsAg(+) kronik karaciğer hastalığı nedeniyle de izlenmekteydi.

Fizik incelemesinde, kaşektik görünümde, cilt ve skleralar belirgin ikterikti. Akciğer bazallerinde kaba raller, karında kolesistektomi skarı ve bacaklarında (+) pretibial ödem saptandı.

Laboratuvar tetkiklerinde: Hb: 13.1 g/dl, Beyaz küre: 7500/mm³, Htc: %37.6, Trombosit sayısı: 196000/mm³, Sedim: 45mm/st, AST: 160U/L, ALT: 95U/L, ALP: 313U/L, GGT: 181U/L, T. protein: 6.1g/dl, Albumin: 2.6g/dl, T. bilirubin: 29.0 mg/dl, D. bilirubin: 24.8 mg/dl bulundu. Abdominal USG'de: Karaciğer ekosu heterojen, kenarları düzensizdi. Safra kesesi görülmedi (opere). Koledok 13mm ölçüldü, intrahepatik safra yolları dilate idi. Dalak homojen olarak büyüktü ve karında serbest asit saptandı.

Bu bulgularla obstrüktif ikter yönünden değerlendirilmek üzere hastaya tekrar ERCP gerçekleştirildi. ERCP'de koledok ve intrahepatik safra yollarının genişlediği ve hepatik bifürkasyon yakınında sınırları belirsiz, taşla uyumlu olduğu düşünülen yaklaşık 1.5-2cm çapında negatif dolma defekti izlendi. Daha önceki seansta yapılan sfinkterotomi büyütülerek, basket ve balonla ekstraksiyon denendi ancak başarılı olunamaması üzerine nazobilier dren (NBD) yerleştirilerek ERCP sonlandırıldı (Resim 1). İşlem sonrası NBD'den hemorajik görünümde sıvı aktığı izlendi ve yeterli safra drenajı sağlanamadı. İki seans extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) tedavisine rağmen NBD'den yapılan kolanjiografide lezyonda küçülme saptanamaması üzerine hastaya peroral kolanjioskopi yapılması planlandı. Olympus TJF M20

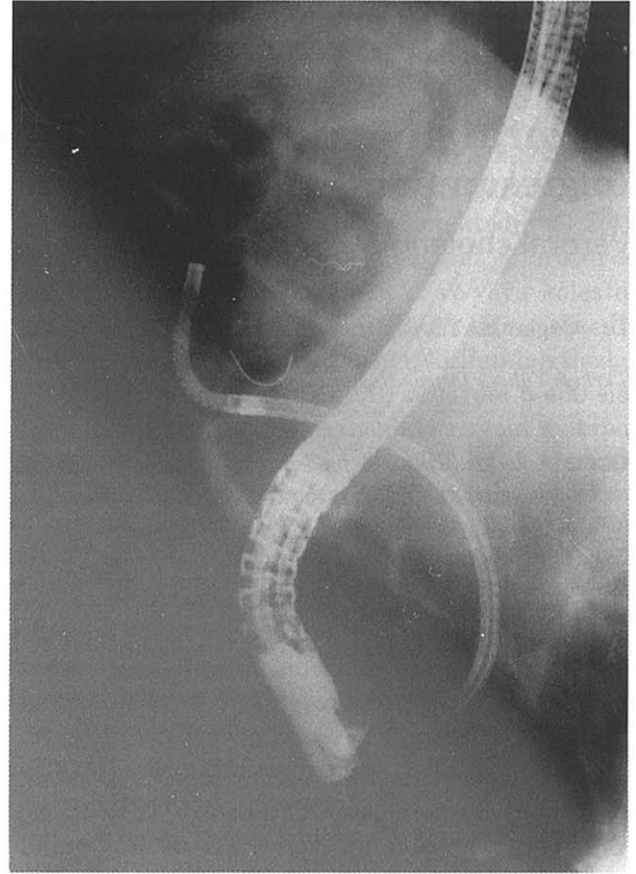


Resim 1. NBD yoluyla yapılan kolanjiografide hepatik bifürkasyon yakınında dolma defekti (oklar).

duodenoskop ve Olympus CHF B20 kolanjioskop kullanılarak yapılan kolanjioskopide (Resim 2). Koledok proksimali, hepatik bifürkasyona yakın intaluminal polipoid yapıda lezyon görüldü (Resim 3). Lezyondan biyopsi alma girişiminde bulunuldu ancak elde edilen dokunun az miktarında olması ve mikroskopik inceleme sonucu nekrotik materyal olarak değerlendirilmesi nedeniyle histopatolojik tanı konulamadı. Hastanın dekompanse kronik karaciğer hastalığı olması ve lezyonun lokalizasyonu nedeniyle operasyon düşünülmeydi. Perkütan kolanjiografiyi takiben eksternal drenaj sağlanarak hasta takibe alındı (Resim 4).

TARTIŞMA

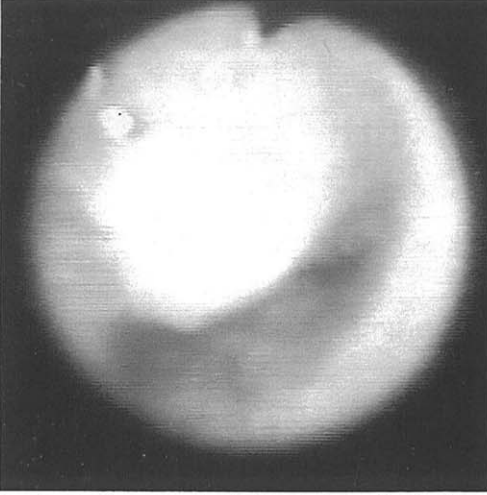
ERCP ve PTC ile biliyer sistemin görüntülenmesi ve ardından geliştirilen tedavi yöntemleri biliyer sistem hastalıklarının tanı ve tedavisinde dönüm noktası olmuştur. Artık rutin kullanımda olan bu tetkikleri takiben biliyer sistemin direkt görülmesi ve endoskopik görüntü eşliğinde tedavi uygulamalarına yönelik çalışmalar devam etmektedir. Büyük koledok taşlarında kolanjioskopi kontrolünde elektrohidrolik veya laser litotripsi uygulamaları ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir (1-3). Laparoskopik kolesistektominin gittikçe ağırlık kazanması, beraberindeki koledok taşlarına yak-



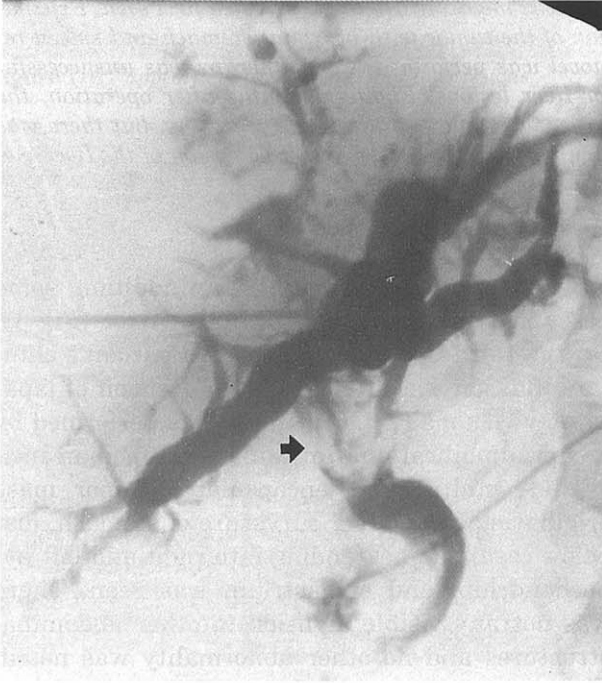
Resim 2. Mother-baby scope sisteminin kolanjioskopi esnasında görünümü.

laşım konusunu gündeme getirmiştir. Preoperatif ERCP ve sfinkterotomi uygulanmayan hastalara operasyon sırasında sistik kanal yoluyla yapılan kolanjioskopi safra yollarının zedelenmeden kontrolüne olanak sağlayabilir (4,5). Kolanjioskopi, T-tüp kanalından veya perkütan transhepatik (PTCS) olarak da yapılabilir (4,5). PTCS özellikle ERCP ile başarılı olunamayan intrahepatik taşlara yaklaşımda, kolanjiokarsinom rezektabilitesinin belirlenmesinde ve malign-benign striktür ayırımında yararlı görünmektedir. Ancak kolanjioskopun uygulanabileceği 16 French çapında kanalın oluşturulması tekrarlayan dilatasyon seanslarını gerektirir ve bu işlemler zaman alıcı olmasının yanı sıra kanama gibi önemli komplikasyonlara yol açabilir (5,6).

Geniş kanallı, içinden bu amaç için hazırlanmış kolanjioskopların geçebileceği duodenoskopların üretilmesi (mother-baby scopes) peroral kolanjioskopiye (POCS) olanak sağlamıştır. POCS, PTCS'ye göre daha hızlı ve güvenilirdir (5). Özellikle perkütan drenajı olmayan ve daha önce sfinkterotomi uygulanmış hastalarda kolanjioskopi endikasyonu bulunduğu POCS ilk tercih ol-



Resim 3. Intraluminal kitlenin kolanjioskopik görünümü.



Resim 4. PTC'de intraluminal kitlenin oluşturduğu dolma defekti (ok).

KAYNAKLAR

1. Cotton PB, Kozarek RA, Schapiro RH, et al. Endoscopic laser lithotripsy of large bile duct stones. *Gastroenterology* 1990; 99:1128-1133.
2. Binmoeller KF. Treatment of difficult bile duct stones using mechanical, electrohydraulic and extracorporeal shock wave lithotripsy. *Endoscopy* 1993; 25:201-206.
3. Neuhaus H, Hoffmann W, Zillinger C, Classen M. Laser lithotripsy of difficult bile duct stones under direct visual control. *Gut* 1993; 34:415-421.
4. Berci G. Intraoperative and postoperative biliary endoscopy (Choledochoscopy). *Endoscopy* 1989; 21(suppl): 330-332.
5. Neuhaus H. Cholangioscopy. *Endoscopy* 1994; 26:120-125.

malıdır (5-7). Hilus üstü lezyonlardaki teknik güçlük, iki endoskopist gerektirmesi, işlem süresinde artış ve sistemin kolay hasarlanabilmesi başlıca dezavantajlarıdır. POCS'nin en sık kullanıldığı endikasyon, konvansiyonel yöntemlerle başarılı olunamayan koledok taşlarına yaklaşımdır. ERCP ile taş ekstraksiyonun başarısız olduğu 65 hastalık bir seride kolanjioskopi ve elektrohidrolik litotripsi uygulaması sonucunda 1 hasta haricinde tüm hastalarda başarılı sonuç bildirilmiştir (2).

POCS'nin diğer bir endikasyonu; olgumuzda olduğu gibi ERCP ile şüphede kalınan defektlerin değerlendirilmesi, direkt görüntüleme ile taş, parazit, sütür materyali, benign veya malign neoplazm varlığının saptanmasıdır (8,9). Biopsi ve sitoloji gibi diagnostik, elektrohidrolik ve laser litotripsi gibi terapötik işlemler kolanjioskopinin değerini arttıracaktır. Malign striktürlerde kolanjioskopi ile %96'ya yaklaşan oranda tanı konabildiği ve özellikle "tümör damarları" olarak adlandırılan irregüler, tortuosite gösteren damar yapısının kolanjiokarsinom için karakteristik olduğu öne sürülmüştür (6). Kolanjioskopinin daha nadir kullanım alanları olarak; safra kesesinin incelenmesi (peroral/perkütan kolesistoskopi) ve opere edilmemiş koledok kistleri gibi prekanseröz lezyonların endoskopik takibi sayılabilir (6,10,11).

Sonuç olarak; kolanjioskopi sınırlı endikasyonları olan bir tetkik olmakla birlikte, seçilmiş olgularda kolanjiografiyi tamamlayıcı diagnostik ve terapötik yarar sağlamaktadır. Teknolojideki gelişmelerle, bu işlemin yaygınlaşacağı ve endikasyonlarının artacağı düşünülmektedir.

6. Nimura Y, Kamiya J, Hayakawa N, Shionoya S. Cholangioscopic differentiation of biliary strictures and polyps. *Endoscopy* 1989; 21(suppl):351-356.
7. Yasuda K, Nakajima M, Cho E, et al. Comparison of peroral and percutaneous cholangioscopy. *Endoscopy*, 1989; 21(suppl):347-350.
8. Barnett JL, Knol J. Use of a novel, "adoptable" baby cholangioscope to diagnose a biliary papillary adenoma. *Gastrointest Endosc*, 1995; 41:70-72.
9. Liguory CL, Lefebvre JF, Bonnel D, et al. Indications for cholangioscopy. *Endoscopy*, 1989; 21(suppl):341-344.
10. Inui K, Nakazawa S, Yoshino J, et al. Percutaneous cholecystoscopy. *Endoscopy* 1989; 21(suppl):361-364.
11. Fujita R, Hirata N, Fujita Y. Peroral cholecystoscopy. *Endoscopy* 1989; 21(suppl):378-380.