

Safra yolları darlıklarında transpapiller ve perkütan transhepatik forseps biyopsisi

Transpapillary and percutaneous transhepatic forceps biopsy in bile duct strictures

Dr. Ali Reşit BEYLER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

ÖZET: Safra yollarında darlık bulunan ve etyolojisi bilinmeyen 73 hasta çalışmaya alındı. Olgulara perkütan transhepatik ve transpapiller safra yolları biyopsisi yapıldı. Yetmiş üç olgunun 39 (% 53.4)'unda kolanjiokarsinoma, 34 (46.6)'ünde benign safra yolları darlığı tespit edildi. Benign safra yolları darlığı bulunan 34 olgunun 14 (% 41)'ünün daha sonra kolanjiokarsinoma olduğu anlaşıldı. Bu çalışma esnasında herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Anahtar sözcükler: : ERCP, PTK, biliyer darlık, biyopsi

SUMMARY: Seventy three patients with bile duct strictures of unknown etiology were evaluated by percutaneous transhepatic and/or transpapillary bile duct biopsies. Cholangiocarcinoma was detected in 39 (53.4%) and benign stricture in 34 (46.6%) patients. During the follow-up, 14 (41%) of the 34 patients with benign stricture were re-evaluated and found to have cholangiocarcinoma. No serious complication was observed during the study period.

Key words: ERCP, PTC, biliary stenosis, biopsy

Safra yollarında darlık yapan ve ekstrahepatik kolestaza neden olan kolanjiokarsinomanın yanı sıra benign safra yolları darlığı ve dıştan baskı yapan çeşitli hastalıklar mevcuttur (1). Ayrıca papilla vateri tümörü, papillitis ve papilla disfonksiyonu ekstra hepatik kolestazın önemli sebeplerindendir. Bu darlıkları ortaya koymak için endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ve perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) önemli tanı yöntemleridir. Buna rağmen kesin tanı için histopatolojik incelemeye gereksinim olmaktadır (2-7). Bu nedenle safra yolları darlıklarından ve özellikle papilla vateriden biyopsiler alarak ayırıcı tanıya gitmek amacıyla bu çalışmayı yaptık.

MATERYAL VE METOD

Ekstrahepatik kolestaz düşündüğümüz olguları anemnez, fizik muayene, kan biyokimyası, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ile değerlendirdikten sonra ERCP veya PTK ile safra yollarını inceledik. Darlık tespit ettiğimiz yerden papillatomi sonrası duodenoskop ile transpapiller veya perkütan transhepatik yolla biyopsiler alındı. Biyopsiler 2 mm'lik biyopsi forseps ile skopi altında gerçekleştirildi. Çalışmaya alınan 73

olgunun 56'sı erkek, 17'si kadın idi. Yaş ortalamaları 53 olan bu olgularda kolanjiografi ve biyopsiler 1-3 seansda gerçekleştirildi.

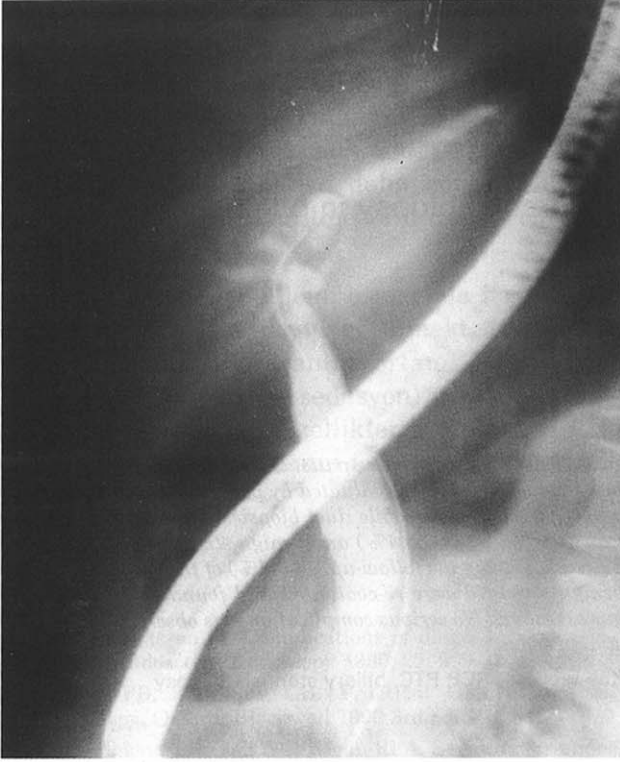
SONUÇ

Eksrahepatik kolestaz nedeniyle tetkik ettiğimiz 73 olgunun safra yollarındaki darlık seviyesi Tablo 1' de gösterilmiştir.

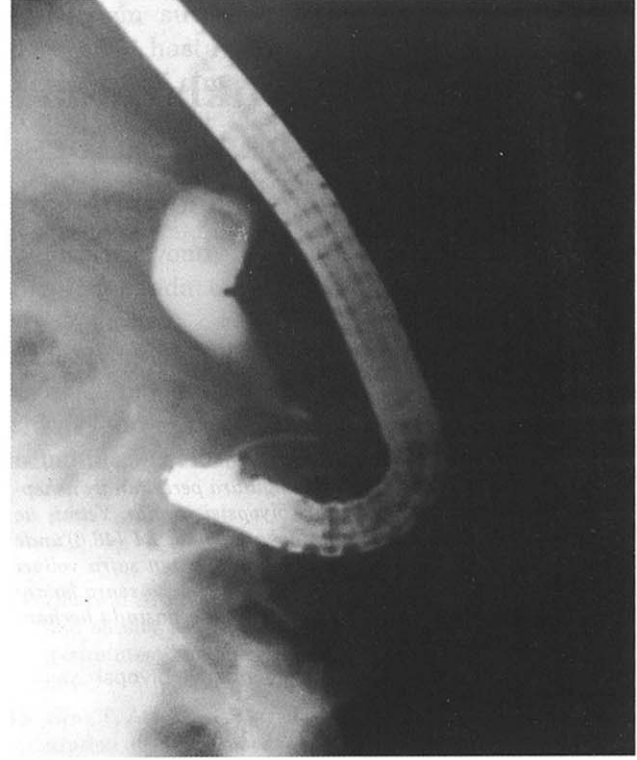
Olguların 44'üne ERCP, 29'una PTK yapıldı. Olguların tümünün safra yollarından biyopsiler alındı. Sonuçları Tablo 2' de gösterilen 73 olgunun 14'ünden yanlış negatif biyopsi elde edilirken, yanlış pozitif biyopsiye rastlanmadı.

Yaptığımız çalışmada tekniğimizin sensitivitesini % 73.6, genel doğruluk oranını ise % 80.8 olarak bulduk.

Kolanjiografi yapılan 73 olgunun 18'inde darlık duktus hepatikus kommunis seviyesinde idi. (Bu olguların 13'üne ERCP, 5'ine ise PTK ile kolanjiografi yapıldı). Bu seviyelerden alınan biyopsiler (Şekil 1) ile histopatolojik olarak 12 hastada kolanjiokarsinoma, 6 hastada ise benign darlık tespit edildi. Kolanjiokarsinoma olarak belirlenen 12 hastanın 3'üne perkütan drenaj yapıldı. Beş vakaya stent konuldu. Stent 5 vakanın 1'ine ERCP ile, 4'üne perkütan yolla yerleştirildi. Diğer 4 vakada safra yollarındaki tam darlık nedeni ile



Resim 1. Ductus hepaticus Kommünüs seviyesindeki darlık ve biopsi



Resim 2. Papilla vateri seviyesinde darlık ve biopsi

başarılı olunamadı. Benign darlık olarak değerlendirilen 6 olgunun 2'sinin daha sonra kolanjiokarsinoma olduğu anlaşıldı. Diğer 4 vakanın takibinde benign safra yolları darlığı olduğu belirlendi. Bu olguların 3'ü daha önce safra kesesi operasyonu geçirmişlerdi. Bu olgulara da balon dilatasyonu uygulandı. Benign darlık olarak düşündüğümüz 2 olguya cerrahi girişim yapıldı, bir vakada Mirizzi sendromu tespit edildi.

Yetmişüç olgunun 22'sinde darlık sistik kanalın altında koledokta idi (Bu olguların 9'una PTK, 13'üne ERCP yapıldı). Daha sonra alınan biyopsilerle (Şekil II) 9 vakada kolanjiokarsinoma, 13 vakada benign darlık olduğu belirlendi. Benign darlık olarak belirlenen 13 olgunun 5'i ileri darlık nedeni ile cerrahiye verildi. Bu 5 olgunun 4'ünün safra yolları kanseri olduğu anlaşıldı. Diğer 8

olguda ise balon dilatasyonu yapıldı. Bu olguların birinde daha sonra karaciğer metastazı ortaya çıktı. Biyopsi ile safra yolları kanseri bulunan 9 olgunun 5'ine ERCP ile, 2'sine PTK ile stent konuldu. 2 olguya ise drenaj yapıldı. Stent yerleştirilemedi.

Çalışma grubumuzun 33 vakasında darlık papilla vateri seviyesinde idi. Bu olguların 18'ine ERCP, 15'ine PTK yapıldı. ERCP yapılan 18 vakanın 13'üne papillatomi sonrası ERCP yapılabilirdi (Şekil III). Bu 18 olgunun 15'inde kanser hücreleri tespit edilirken, 3 olguda papillitis olarak değerlendirildi. PTK yapılan 15 olgudan perkütan yolla biyopsiler alındı. Bu olguların 3'ünde papilla tümörü bulundu. Diğer 12 olguda kanser hücreleri tespit edilemedi. Bu olguların tümü cerrahiye operasyon için verildi. Kanser tespit edilemeyen

Tablo 1. Hastaların safra yollarındaki darlık seviyeleri

Yeri	Hasta sayısı	%
Duktus hepaticus kommunis	18	24.7
Koledok	22	30.1
Papilla	33	45.2

Tablo 2. Biyopsi Sonuçları

Olgu Sayısı	Sonuç
N	%
39	53.4
34	46.6
34 vakamın 14'ü	41.1
	Kolanjiokarsinoma
	Benign safra yolları darlığı
	yanlış negatif sonuç (operasyon sırasında kolanjiokarsinoma)

12 olgunun 7'sinin, operasyonda papilla tümörü olduğu anlaşıldı.

Kolanjiokarsinomayı ekarte etmek için biyopsi ve histopatolojik tanı oldukça önem taşımaktadır. Çalışmada 73 olgunun 39 unda kolanjiokarsinoma tespit edilirken, benign darlık olarak tespit edilen 34 olgunun 14'ünde daha sonra operasyon sırasında kolanjiokarsinoma saptanmıştır. Bu şekilde 14 olguda negatif sonuç elde edilirken, pozitif sonuç görülmemiştir.

TARTIŞMA

PTK ve ERCP saflra yolları hastalıklarının belirlenmesinde kullanılan en önemli tetkiklerdendir. Özellikle saflra yollarındaki darlığın yeri, seviyesi ve yapısı hakkında önemli fikirler verir. Ancak bu darlığın mahiyetini ortaya koymak için çoğu kez histopatolojik tetkike gerek vardır (2-7). Histopatolojik tanı özellikle cerrahi öncesi değerlidir. Gerek saflra yolları darlıklarının sebebini ortaya koymada, gerekse uygun tedavi şeklini belirlemede biyopsi ve histopatolojik tanı en önemli teşhis metodlarıdır. Dolayısıyla hastaların

prognozunu tespitinde de yol gösterici olacaktır. Günümüzde saflra yolları biyopsisi kolanjiyoskop ve transpapiller babyskop ile alınabilmektedir.

Çalışmamızda ise kolanjiyoskop veya babyskop kullanılmadan, skopi eşliğinde direk biyopsi forsepsi ile transpapiller veya perkütan yolla biyopsiler alınmıştır. Sonuçta yöntemin sensitivitesi % 73.8, yanlış negatiflik oranı % 26.4, genel doğruluk oranı da % 81 bulundu. Bu yöntemin sensitivitesinin kolanjiyoskop ile alınan biyopsilerin sonucuna yakın olduğu anlaşılmaktadır (8).

Sonuç olarak saflra yolları darlıklarında tanıya gitmek için ERCP ve PTK'nın yanı sıra biyopsiye gereksinim olduğu anlaşılmaktadır. Her ne kadar kolonjioskopi ile biyopsiler alınmaktaysa da; skopi altında direk atravmatik biyopsi forsepsi ile alınan biyopsiler kolay, ucuz, tanıya gitmek açısından değerli, dikkat edildiği takdirde komplikasyonu fazla olmayan ve özellikle benign ve malign darlıkların ayırımında önemli bir tanı yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Bruce E, Passora E, Wilson E. Stricture of the common bile duct from chronic pancreatitis. Surg Gyneacol Obstet 1987; 165: 121-6.
2. Aabakken L, Karesen R, Serck-Hansen A, et al. Transpapillary biopsies and brush cytology from the common bile duct. Endoscopy 1986; 18: 49-51.
3. Leung JWC, Sung JY, Chung SCS, et al. Endoscopic scraping biopsy of malignant biliary strictures. Gastrointest Endosc 1989; 35: 65-6.
4. Zayadi AEL, Ghoneim M, Kabil SM, et al. Bile duct carcinoma in Egypt: possible etiological factors. Hepato-Gastroenterology 1991; 38: 337-40.
5. Baron TH, Morgan DE. Successful cytologic diagnosis of cholangiocarcinoma from within a recently placed biliary wallstent. Gastrointest Endosc 1997; 46: 288-9.
6. Sugiyama M, Yutaka A, Kurode A, et al. Bile duct carcinoma without jaundice clues to early diagnosis. Hepato-Gastroenterology 1997; 44: 1477-83.
7. Tsai CC, Mo LR, Chou CY, et al. Percutaneous transhepatic transluminal forceps biopsy in obstructive jaundice. Hepato - Gastroenterology 1997; 44: 770-3.
8. Conrad KY, Leung JWC, Chan MKM, et al. Scrape biopsy of malignant biliary stricture through percutaneous transhepatic biliary drainage tracts. Am J Roentgenol 1989; 152: 529-30.