

Kalıntı Koledok Taşı Olan T-Tüplü Hastalarda Erken Postoperatif Dönemde Taşların Endoskopik Tedavisi

Endoscopic Removal of Retained Common Bile Duct Stones in Patients with T-Tube In Situ in the Early Postoperative Period

Dr.Oktay TEKEŞİN, Dr.Nadir YÖNETÇİ, Dr.Galip ERSÖZ, Dr.Hanefi ÇAVUŞOĞLU

ÖZET: Biz bu çalışmada erken postoperatif dönemde kalıntı koledok taşı olan T tüplü 20 hastada endoskopik sfinkterotomi (ES) uygulamasının sonuçlarını bildirdik. Onsekiz hastada (%90) bu yöntemle taş çıkarılması başarılı oldu. Bu vakada hafif bir pankreatit dışında işleme bağlı komplikasyon olmadı. Bu metod erken postoperatif dönemde etkin ve güvenilirdir. Ayrıca kalıntı taşı olan hastanın hastanede kalış süresini kısaltması ve süratli tedavi sağlanması avantajlarıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolesistektomi, Endoskopik sfinkterotomi, Kalıntı koledok taşları

SUMMARY: We report the results of endoscopic sphincterotomy (ES) in 20 patients with retained common bile duct stones and a T tube in situ. Endoscopic stone extraction was successful in 18 patients (90 percent). There was one procedure related complication (a cause of self-limited pancreatitis). This method is effective and safe in the early postoperative period. It has advantages in shortening hospital stay and rapid treatment during the same admission as for the original operation.

Key Words: Cholecystectomy, Endoscopic Sphincterotomy, Retained bile duct stones

Koledok kanalının cerrahi eksplorasyonu sonrası kalıntı safra taşı sıklığı %9-14 arasında değişmektedir.^{1,2} Erken postoperatif dönemde çekilen T tüp kolanjiografileri tanı konulmasını sağlamaktadır. Böyle bir durumda yeni bir ameliyatın yüksek mortaliteye sahip olduğu ve yeniden taş gelişme ihtimalinin mevcut olduğu belirtilmektedir.^{3,4} Bu nedenle cerrahi dışı tedavilerin geliştirilmesine çalışılmaktadır. Erken postoperatif dönemde T tüp yerinde olan kalıntı koledok

YAZIŞMA ADRESİ: Dr.Oktay TEKEŞİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Gastroenteroloji Kliniği, Bornova/İZMİR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Namık Kemal Menteş Gastroenteroloji Kliniği,
Bornova-İZMİR

taşlı hastalarda cerrahi dışında ön planda tedavi seçenekleri şunlardır: T tüpten serum fizyolojikle (veya heparinli serum fizyolojikle) infüzyon, T tüp traktüsünden kalıntı taşların perkutan olarak çıkarılması, kimyasal eriticilerin kullanılması, ekstrakorporeal şok dalgaları ile litotripsi (ESWL) ve endoskopik sfinkterotomidir (ES).⁵ ES kolesistektomili veya safra kesesi yerinde duran hastalarda koledok taşlarının tedavisinde etkin ve dünya çapında tercih edilen bir yöntemdir.⁶ Ancak bu metodun erken postoperatif dönemde kullanımı komplikasyonların yüksek olabileceği kuşkusu ile yeterince yaygınlaşmamıştır.⁷ Biz bu çalışmada erken postoperatif dönemde ve T tüpü olan 20 hastada ES ve kalıntı koledok taşı çıkarılmasına ait sonuçlarımızı bildirdik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi N.Kemal Menteş Gastroenteroloji Kliniği'ne 1.12.1992 - 1.12.1994 tarihleri arasında çeşitli hastanelerden sevk edilen 20 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalar koledok taşı için eksplore edilmişti ve T tüpten postoperatif dönemde çekilen kolanjiografide taş saptanması üzerine kliniğimize gönderilmişlerdi. Hastaların 19'unda koledok kanalı kolesistektomi sırasında koledok taşı için eksplore edilmişti. Bir hasta daha önce ko-

lesistektomi geçirmiş ve koledok taşı nedeni ile ameliyata alınmıştı. Sadece 3 vakada intraoperatif kolanjiografi yapılmıştı. Hiçbir vakada ameliyat epikrizlerinde koledokoskopi yapıldığı belirtilmemişti. ES ameliyattan sonraki 10 - 32. günler arasında (ortalama 21 gün) yapıldı.

ES öncesi tüm hastalara geniş spektrumlu antibiyotik verildi. Premedikasyon diazepam ile yapıldı ve endoskopi için Olympus GIF ST IT 20 model endoskop kullanıldı. Tüm hastalarda işlemlerden önce kanama ve protrombin zamanları kontrol edildi. ES işlemi klasik yöntemlerle yapıldı.⁸ ES sonrası akut pankreatit tanısı tipik ağrı ile beraber amilaz yükselmesi ve kanama ise ilk 24 saatte hematokrit düzeyinde %3'den fazla azalma ve endoskopik kesi sonrası durmayan hemoraji görülerek konuldu. ES sonrası tüm vakalarda Dormia basket ve balon kateteri ile taşlar çıkarılmaya çalışıldı.

SONUÇLAR

Hastaların 6'sı erkek 14'ü kadındı. Yaşları 26-70 arasında değişiyordu (ortalama 43.8). Bir hasta dışında tüm vakalarda ERCP girişimi başarılı oldu. Bir hastada endoskopik retrograd pankreatografi başarılı oldu, fakat 2 ayı gün denenmesine rağmen koledok kanüle edilemedi. ERCP'nin başarılı olduğu 19 vakanın 18'inde ES başarılı oldu. 17 vakada klasik yay gibi açılan sfinkterotomlar, 1 vakada ise önce iğne sfinkterotom, sonra klasik sfinkterotom kullanıldı. ES sonrası 12 vakada aynı seansta taşlar Dormia basket veya balon kateter kullanılarak çıkarıldı. Altı vakada taşlar spontan düşmeye bırakıldı. Bu vakalardan ikisinde kontrol grafilerinde taşların sebat etmesi üzerine ES tekrarlandı. Taşların spontan düşmeye bırakıldığı vakalardan birisinde taş T tüpünün safra yolundaki proksimal kolunun üzerinde idi, diğer vakalarda taşlar 7 mm'den küçük idi. ES sonrası tüm vakalarda T tüpü klempe edildi ve 48 saat sonra kontrol kolanjiografilerinin normal bulunması üzerine T tüp çekilerek taburcu edildi.

Komplikasyon olarak 1 vakada ES sonrası akut pankreatit gelişti. Bu hastanın pankreatiti hafif bir seyir gösterdi. Diğer hastalarda ciddi bir komplikasyon olmadı.

TARTIŞMA

Postoperatif dönemde koledokta kalıntı taşların günümüzde problem oluşturmaya devam etmekte dir. Her ne kadar operatif kolanjiografi ve intraoperatif koledokoskopinin kullanımı ile bu problemin sıklığı azalmışsa da tamamen ortadan kalktığı söylenemez.^{9,10} Postoperatif dönemde çekilen T tüp kolanjiografilerde taş saptandığında kalıntı taşı düşürmek için en sık kullanılan yöntem serum fizyolojik (veya heparinli serum fizyolojik) yıkamadır. Bu metod özellikle küçük ve T tüpün distaline yerleşmiş kalıntı taşlarda yararlı olabilir. Ancak literatürde belirtilen başarı oranı %20-50 arasında değişmekte olup tatminkar olmaktan uzaktır.^{11,12} Taş eritici olarak T tüpten verilen eter ve kloroform gibi maddeler aşırı yan etkileri nedeni ile terk edilmiştir. Son zamanlarda metil tersiyer bütül eterin etkin olabildiği söylenmektedir, ancak bu madde taşla beraber T tüpünü de etkileyebilir. Bu grup eriticilerden en fazla ümit vaadeden monooctanoinin başarısının %25 civarında kalması, neden bu yöntemin yaygınlaşmadığını izah edebilir.¹⁴

Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde postoperatif dönemde kalıntı koledok taşlarının temizlenmesinde en sık kullanılan yöntem taşları veya taşların T tüp traktüsünü kullanarak perkütan yolla ve radyolojik olarak çıkarılmasıdır.^{15,16} Buhenne tarafından geliştirilen bu yöntemde %95 civarında başarı bildirilmektedir ve mortalitesi %0.1'in altındadır. Ancak T tüp traktüsünün oluşması 6 haftayı bulabilir ve ameliyat sırasında kullanılan T tüpü 14 F'den küçük ise oluşan traktüs işlem için yetersizdir. Ayrıca büyüme ve papilla dudeni majorda sıkışmış taşların çıkarılması bu yöntemle zordur ve bazı yazarlar bu işlemin vakaların sadece %70'inde başarılı olduğunu bildirmektedir.¹⁷

T tüp traktüsü oluştuktan sonra koledokoskopi ile taş çıkarılması diğer bir yöntemdir.¹⁸ Ayrıca koledokoskop elektrohidrolik litotripsi ile kombin edilebilir.¹⁹ Ancak bu uygulamalar yeterince yaygınlaşmamıştır.

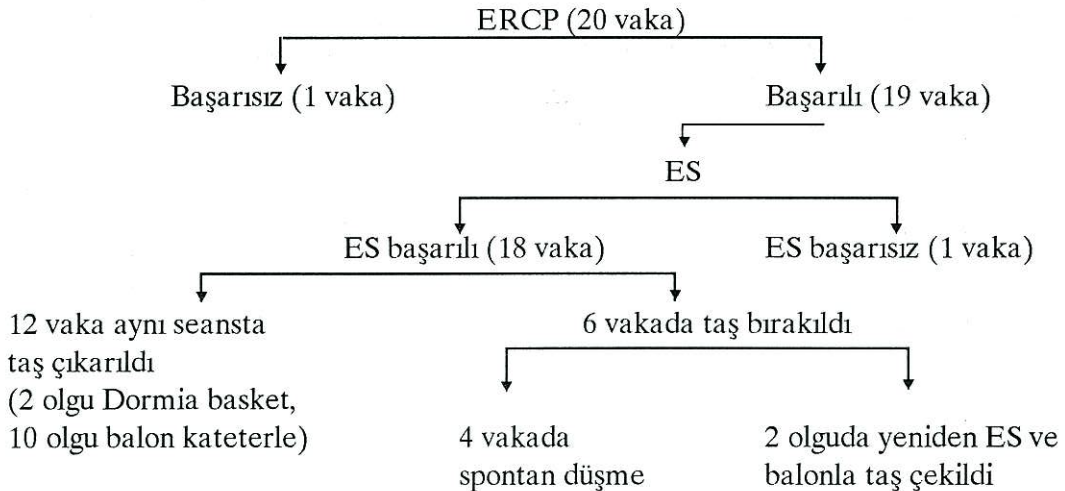
TABLO 1: Erken postoperatif dönemde T tüpü yerinde olan hastalarda endoskopik sfinkterotomi sonuçları

Yazar	Referans No	Hasta Sayısı	Komplikasyonlar	Başarı %
Soehendra ve ark.	(20)	75	0	96
Escourrou ve ark.	(21)	28	?	93
O'Doherty ve ark.	(22)	39	3	95
Lambert ve ark.	(23)	63	14	86
Bickerstaff ve ark.	(24)	14	0	100
Himal	(25)	6	0	100
Ashee ve ark.	(26)	30	1	90
Tekeşin ve ark.		20	0	90

Kalıntı taşlarda kullanılan diğer bir yöntem ekstrakorporeal şok dalgaları ile litotripsidir.²⁷ Ancak bu yöntemin de çoğu kez ES ile kombinasyonu gerektiği söylenmektedir.

Son zamanlarda endoskopik sfinkterotomi ile koledok taşlarının çıkarılması yaygınlaşmıştır.^{7,8} Bu metodun kalıntı koledok taşlarında kullanılmasına ait yayınlar azdır, ancak tüm yayınlarda %90-100 arasında başarı, çok düşük komplikasyonlar bildirilmektedir (Tablo 1). Bizim 20 vakalık T tüpü yerinde duran hastaların 18'inde işlem tam başarılı oldu ve kalıntı taşlar alındı. Tek ciddi komplikasyon 1 vakada görülen ve kısa sürede düzelen bir akut pankreatit idi. T tüpü yerinde duran hastalarda ES ve taş çıkarılması sırasında oluşabilecek bir komplikasyon, Dormia basket kullanıldığında T tüpünün basket içerisinde sıkışıp kalmasıdır. Bu nedenle özellikle

taşın T tüpünün proksimalinde yerleştiği durumlarda Dormia basket kullanmadan önce T tüpünün çekilmesi önerilmektedir.²² Bizim bir vakaımızda bu şekilde taş yerleşmesi nedeni ile ES sonrası taş spontan düşmeye bırakıldı. Genel olarak bakıldığında Dormia basketi veya balon kateteri kullandığımız vakalarda T tüpünün önemli bir sorun yaratmadığı söylenebilir. Tablo 1'de gösterilen literatürde erken postoperatif dönemde kalıntı koledok taşları için ES ve taş çıkarılmasının çok başarılı olduğunun belirtilmesine rağmen, bazı yayınlarda bunun kuşku ile karşılandığı belirtilmektedir. Lambert ve arkadaşları erken postoperatif dönemde ES yapılan 63 hastanın 14'ünde (4 tanesinde ameliyat gerektiren şiddetli kanama) ciddi komplikasyon geliştiğini bildirmişlerdir.²³ Bu nedenle bazı yazarlar kalıntı koledok taşlarında T tüp traktüsünün oluşması beklendikten sonra perkutan radyolojik taş



ŞEKİL 1: ES sonuçlarımız

çıkartılmasının tercih edilecek ilk yöntem olması gerektiğini ve ES'nin bu yöntemin başarısız olduğu vakalarda kullanılması gerektiğini öne sürmektedir.⁷

Ancak genel olarak tüm dünyada erken postoperatif dönemde kalıntı koledok taşlarında ES'nin kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bizim kendi deneyimimiz de erken postoperatif dönemde ve T tüpü bulunan hastalarda kalıntı koledok taşlarının temizlenmesinde ES'nin etkin ve güvenilir olduğunu desteklemektedir. Kanımızca bu grup hastalarda serum fizyolojikle T tüpten yıkama gibi basit bir yöntem başarısız kalırsa ilk yapılacak uygulama ES ile koledok taşının çıkarılmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Neoptolemos JP, Davidson BR, Shaw DE, et al: Study of common bile duct exploration and endoscopic sphincterotomy in a consecutive series of 438 patients. *Br J Surg* 1987, 74:916-921.
2. Sheridan WG, Williams HOL, Lewis MH: Morbidity and mortality of common bile duct exploration. *Br J Surg* 1987, 74:1095-1099.
3. McSherry CK, Glenn F: The incidence and causes of death following surgery for nonmalignant biliary tract disease. *Ann Surg* 1980, 191:271-275.
4. Choi TK, Wong J: Extraperitoneal sphincteroplasty for residual stones. *Ann Surg* 1982, 196:26-29.
5. Sayek İ, Yalın R: Safra kesesi ve yolları ameliyatları sonrası komplikasyonlar. Sayek İ. Temel Cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi 1991:975-981.
6. Winslet MC, Neoptolemos JP: The place of endoscopy in the management of gallstones. *Bailliere's Clin Gastroenterol* 1991, 5:99-129.
7. Dowsett JF, Vaira D, Polydoro A, et al: Interventional endoscopy in the pancreatobiliary tree. *Am J Gastroenterol* 1988, 83:1328-1336.
8. Classen M: Endoscopic papillotomy. In: Sivak MV *Gastroenterologic endoscopy*. Philadelphia: WB Saunders 1987:631-651.
9. Stubbs RS, Maley RF, Blumgart LH: Cholelithiasis and cholecystitis: Surgical treatment. *Clin Gastroenterol* 1983, 12:179-201.
10. Jakimovitz JJ- Caro ES, Mak B: An operative choledochoscopy using the flexible choledochoscope. *Surg Gyn Obst* 1986, 162:215-221.
11. Vellasco N, Braghetto I, Csendes A: Treatment of retained common bile duct stones: A prospective controlled study comparing monoctanoin and heparin. *World J Surg* 1983, 266-270.
12. Motson RW: Dissolution of common bile duct stones. *Br J Surg* 1981, 68:203-208.
13. Neoptolemos JP, Hofman AF, Mossa A: Chemical treatment of stones in the biliary tree. *Br J Surg* 1986, 73:515-524.
14. Palmer KR, Hofman AF: Intraductal mono-octanoin for direct dissolution of bile duct stones: Experience in 343 patients. *Gut* 1986, 27:196-202.
15. Burhenne HJ: Percutaneous extraction of retained biliary tract stones: 661 patients. *AJR* 1980, 134:888-898.
16. Gesinger MA, Owens DB, Meaney TF: Radiologic methods of bile duct stone extraction. *Am J Surg* 1989, 158:222-227.
17. Mason R: Percutaneous extraction of retained gallstones. *Clin Gastroenterol* 1985, 14:403-419.
18. Gocho K, Kameya S, Iijima N: Choledochofiberoscopy. In: Sivak MV. *Gastroenterologic endoscopy*. Philadelphia: WB Saunders 1987:752-799.
19. Yoshimoto H, Ikeda S, Tanaka M, et al: Choledochoscopic electrohydraulic lithotripsy and lithotomy for stones in the common bile duct, intrahepatic ducts and gallbladder. *Ann Surg* 1989, 210:576-582.
20. Soehendra N, Kempeks I, Einfuss HP, Reynders V: Early postoperative endoscopy after biliary tract surgery. *Endoscopy* 1981, 13:113-117.
21. Escourrou J, Cordova JAB, Laxorhes F, et al: Early and late complications after ES for biliary lithiasis with and without gallbladder in situ. *Gut* 1984, 25:598-602.
22. O'Doherty JP, Neoptolemos JP, Carr-Locke DC: Endoscopic sphincterotomy for retained common bile duct stones in patients with T tube in situ in the early postoperative period. *Br J Surg* 1986, 73:454-456.
23. Lambert ME, Martin DF, Tweedle DE: Endoscopic removal of retained stones after biliary surgery. *Br J Surg* 1988, 75:896-898.
24. Bickerstaff KL, Berry AR, Chapman RW: Early post-operative ES for retained biliary stones. *Ann R Coll Surg Eng* 1988, 20:350-351.
25. Himel HS: Retained common bile duct stones. Endoscopic papillotomy is the preferred approach. *Am Surg* 1989, 55:582-584.
26. Ashee A, Ward M, Cowen AE: Early postoperative ES for retained biliary stones. *Ann R Coll Surg Eng* 1989, 71:359-360.
27. Bland KI, Jones RC, Maker SN, et al: Extracorporeal shock-wave lithotripsy of bile duct calculi. *Ann Surg* 1989, 209:743-747.