Can Not Be Detected by Magnetic Resonance Kolonjiyograf the Common Bile Duct Stone, Identifying with Endoscopic Ultrasonography

Nadir Bir Olgu Sunumu: Manyetik Rezonans Kolanjiyopankreatografi İle Saptanamayan Koledok Taşının, Endoskopik Ultrasonografi İle Saptanması

MRCP ile Saptanamayan Koledok Taşının, EUS ile Saptanması /
Can not be Detected by MRCP the Common Bile Duct Stone, Identifying with EUS

Berke Manoğlu[1], Mehmet Camcı[2]
[1]Aydın Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Aydın,
[2]İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji, İzmir, Türkiye

Özet

Kolesistektomi sonrası hastalarda, kalıntı koledok taşı riski her zaman vardır. Postoperatif tıkanma sarılığı olan hastalarda ilk seçenek olarak Manyetik Rezonans Kolanjiyopankreatografi (MRCP) ile safra yolları değerlendirilir. Taş saptanmayan ancak biliyer semptomları devam eden hastalarda Endoskopik Ultrasonografi (EUS) yapılması uygun bir tanı metodur.

Anahtar Kelimeler

Koledok Taşı; Endoskopik Ultrasonografi; İkter

Abstract

After cholecystectomy, there is always a risk for having residual bile duct stone for patients. The biliary tract is imagined through Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP) as a first choice of diagnosis for patients with postoperative obstructive jaundice. For patients, who has not diagnosed with stones but, demonstrating biliary symptoms; another convenient method for diagnosis is Endoscopic Ultrasonograhy (EUS).

Keywords

Bile Duct Stone; Endoscopic Ultrasonography; Jaundice

DOI: 10.4328/JCAM.3181 Received: 26.12.2014 Accepted: 28.01.2015 Printed: 01.06.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 3): 363-5
Corresponding Author: Berke Manoğlu, Aydın Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Aydın, Türkiye.
GSM: +905057789923 E-Mail: berkemanoglu@hotmail.com

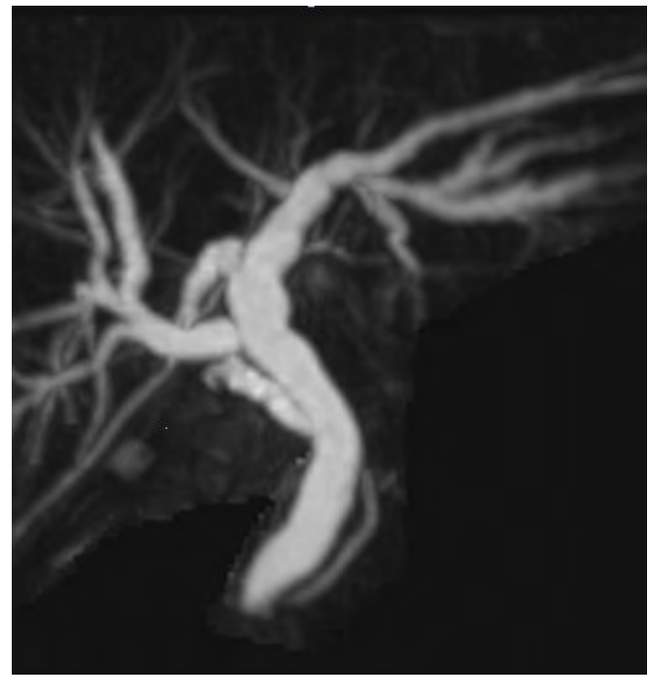
Giriş

Günümüzde laparoskopik kolesistektomi(LK) safra kesesi ameliyatında altın standart olarak kabul edilmektedir. Safra kesesi taşı olan olguların yaklaşık % 10-20' sinde koledokta taş bulunmaktadır. Altmış yaş üzerinde ve Asya toplumlarında bu oran daha da artmaktadır. Bu taşların migrasyon yoluyla safra kesesinden koledoğa geçtiğine inanılmaktadır[1]. Küçük taşlar ampulla vateriden kendiliğinden duodenuma geçtiği halde koledokta sıkışmış taşlar semptomatik hale geçerler ve akut pankreatit, tıkanma ikteri, asendan kolanjitis gibi komplikasyonlara yol açarlar. Bu nedenle tanı ve tedavileri önem kazanır[1-4].

Olgu Sunumu

Yirmi beş yaşında, iki yıldan beri kolelithiazis tanısıyla takip edilen kadın hasta, 3 kez akut taşlı kolesistit atağı geçirmiş. Dış merkezlerde medikal tedavi almış. Yaklaşık 6 ay önce tıkanma sarılığı nedeniyle dış merkezde yatırılarak Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi (ERCP) yapılmış. Hasta operasyon amacıyla genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Kan tetkiklerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Abdominal Ultrasonografi (USG) yapıldı. Yapılan USG' de safra kesesi duvar kalınlığı 3 mm, safra kesesinde multipl milimetrik taşlar olduğu, koledok çapının 11 mm olduğu, safra yollarında taş olmadığı bildirildi. Hasta ve hasta yakınlarından onam alındı, laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Operasyon sırasında sistik kanalın, koledoğun oldukça dilate olduğu, daha önceki ataklara bağlı yaygın omental yapışıklıklar olduğu görüldü. Postoperatif 1. gün yapılan kan tetkiklerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı ve hasta aynı gün taburcu edildi. Hasta postoperatif 3. gün acil servise karın ağrısı ve bulantı şikayetleriyle başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ üst kadranda minimal hassasiyet saptandı. Yapılan kan tetkiklerinde lökosit 7.000 K/ mm³, Total bilirübin 2,9 mg/dL, direkt bilirübin 2mg/dL, AST 320 U/ L, ALT 360U/ L, ALP 60 U/ L, Amilaz 30 U/L olarak geldi. Yapılan USG' de koledoğun 11mm çapta dilate ve intrahepatik safra yollarının minimal dilate olduğu, ancak taş saptanmadığı bildirildi. Hasta yatırıldı, oral alımı kesilerek sıvı ve antibiyotik tedavisine başlandı. Medikal tedavinin 2. gününde kan tetkiklerinde lökosit 6.000 K/ mm³, Total bilirübin 4,8 mg/dL ,direkt bilirübin 3,6mg/dL, AST 640 U/L, ALT 560U/L, ALP 50 U/L, Amilaz 20 U/L olarak geldi. Hastaya Manyetik Rezonans Kolanjiyopankreatografi (MRCP) yapılmasına karar verildi. MRCP' de koledok 13mm ölçülmüş, koledok lümeninde taşa ait olabilecek intensite saptanmadı, sistik güdük görüldü(Resim1).

Medikal tedavinin 3. gününde kan tetkiklerinde lökosit 6.500K/ mm³, Total bilirübin 1,8mg/dL ,direkt bilirübin 1mg/dL, AST 240 U/L, ALT 220U/L, ALP 40U/L, Amilaz 25U/L olarak geldi. Hastanın klinik bulguları progresif olarak azaldı. Oral alımı açıldı. Oral alımı tolere etti. Medikal tedavinin 4. gününde kontrol amaçlı son kez kan tetkikleri alındı. Kan tetkiklerinde lökosit 6.700 K/ mm³, Total bilirübin 2,1mg/dL ,direkt bilirübin 1,6mg/dL, AST 130 U/L, ALT 120 U/L, ALP 45U/L, Amilaz 20U/L olarak geldi. Hastanın herhangi bir şikayeti yoktu. Ancak bilirübin değerlerinde ılımlı bir yükselme izlenmesi üzerine Gastroenteroloji kliniğinden konsültasyon istendi. Gastroenteroloji kliniği Endoskopik ultrasonografiyle(EUS) değerlendirilmesini önerdi. EUS ile değerlendirilen hastada distal koledokta 4mm' lik taş saptandı.



Resim 1. MRCP safra yolu görüntülemesi

ERCP yapılması planlandı. ERCP yöntemiyle taş ekstrakte edildi ve ardından sfinkterotomi yapıldı.

Tartışma

Laparoskopik kolesistektomi sonrası kalıntı koledok taşları geliştiren pek çok tanı ve tedavi yöntemlerine rağmen hala %0,5-%12 arasında değişen oranlarda görülebilmektedir. Mortalite ve morbidite yönünden önemini korumaktadırlar. Tanı ve tedavilerinde değişik yöntemler üzerinde tartışmalar güncelliğini korumaktadır. Açık veya laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalarda biliyer semptomların devam etmesi veya ortaya çıkması durumunda kalıntı koledok taşı şüphesi akla gelmelidir. [2-7]. Verma ve ark.[8] yaptıkları 301 koledokolithiazis hastasını içeren bir çalışmada EUS' un duyarlılığı 0.93, MRCP' nin duyarlılığı 0.85, EUS' un özgüllüğü 0.96, MRCP' nin özgüllüğü 0.93, EUS' un pozitif prediktif değeri 0.93, MRCP' nin 0.87, EUS' un yalancı negatifliği 0.96, MRCP' nin yalancı negatifliği 0.92 olarak saptanmış. Bizim olgumuzda da MRCP ile taş saptanmadı. Ancak biliyer semptomları devam etmesi üzerine hastaya yapılan EUS ile koledokta taş saptandı. EUS koledok taşlarında duyarlılığının MRCP' ye göre daha güçlü olduğu görülmüştür. Garrow ve ark. [9] yaptıkları çalışmada da EUS koledok taşlarında yüksek duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada da EUS' un duyarlılığı 0.89, özgüllüğü 0.90 olarak bildirilmiştir. Bizim olgumuzda Laparoskopik kolesistektomi sonrası biliyer semptomları devam eden hastanın çekilen MRCP' sinde taş saptanmamıştı. Ancak semptomların devam etmesi üzerine yapılan EUS ile koledok distalinde yaklaşık 4 mm' lik taş saptandı. Bunun üzerine literatür taraması yapıldı. MRCP ile taş saptanmayıp, EUS ile taş saptanan olguların nadir olduğu düşünüldü.

Sonuç

Kolesistektomi sonrası hastalarda, kalıntı koledok taşı riski her zaman vardır. Postoperatif tıkanma sarılığı olan hastalarda ilk seçenek olarak MRCP ile safra yolları değerlendirilir. Taş saptanmayan ancak bilirübin değerleri normal sınırların üstünde

devam eden hastalarda EUS yapılması uygun bir tanı metodur. Olgumuzda olduğu gibi MRCP ile saptanmayan taşların değerlendirilmesi için önemli bir tanı metodu olan EUS yapılabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Sarli L, Iusco DR, Roncoroni L. Preoperative Endoscopic Sphincterotomy for the Management of Cholecystocholedocholithiasis:10 Year Experience. World J Surg 2003;27(2):180-6.
2. Frazee RC, Roberts J, Symmonds R, Hendricks JC, Snyder S, Smith R, et al. Combined laparoscopic and endoscopic management of cholelithiasis and choledocholithiasis. Am J Surg 1993;166(6):702-5.
3. Sarli L, Pietra N, Franze A, Colla G, Costi R, Gobbi S, et al. Routine intravenous cholangiography, selective ERCP, and endoscopic treatment of bile duct Stones before laparoscopic cholecystectomy. Gastrointest Endosc 1999;50(2):200-8.
4. Barkun JS, Fried GM, Barkun AN,Sigman HH, Hinchey EJ, Garzon J, et al. Cholecystectomy without operative cholanjiography. Ann Surg 1993;218(3):371-9.
5. Anwar S, Rahim R, Agwunobi A, Bancewicz J. The role of ERCP in management of retained bile duct Stones after laparoscopic cholecystectomy. J New Zeland Med Ass 2004;117(1203):1102.
6. Farrow GB, Dewan PA, Taylor RG, Stokes KB, Auldist AW. Retained common- duct Stones after open cholecystectomy and duct exploration in children. Pediatr Surg Int 2003;19(7):525-8.
7. Prat F, Pelletier G, Ponchon T, Fritsch J, Meduri B, Boyer J, et al. What role can endoscopy play in the management of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy? Endoscopy 1997;29(5):341-8.
8. Verma D, Kapadia A, Eisen GM, Adler DG. EUS vs MRCP for detection of choledocholithiasis. Gastrointest Endosc 2006;64(2):248-54.
9. Garrow D, Miller S, Sinha D, Coneay J, Hoffman BJ, Hawes RH et al. Endoscopic ultrasound: a meta-analysis of test performance in suspected biliary obstruction. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5(5):616-23.

How to cite this article:
Manoğlu B, Camcı M. Can Not Be Detected by Magnetic Resonance Kolonjiyograf the Common Bile Duct Stone, Identifying with Endoscopic Ultrasonography. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 3): 363-5.