

Tekrarlayan Biliyer Pankreatitlerde Tedavi

Ahmet Nuray Turhan, Selin Kapan, Murat Gönenç, Osman Zekai Öner,
Halil Aliş, Kemal Dolay, Erşan Aygün

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Tekrarlayan biliyer pankreatitlerde tedavi

Amaç: Biliyer pankreatitlerin kesin tedavisi için uygulanan kolesistektominin zamanlamasının tekrarlayan ataklar üzerine etkisi gözden geçirildi.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde Ocak 2007 ile Ocak 2009 tarihleri arasında akut biliyer pankreatit tanısı ile tedavi edilen 277 hastanın 42'si tekrarlayan atakla başvurmuştu. Bu 42 hastanın epidemiyolojik dağılımı, biyokimyasal parametreleri ve ataklar arası süreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: 42 hastadan 8'inin (%21) taburcu olduktan sonraki ilk 8 haftalık zaman aralığında ikinci bir атаға maruz kaldıkları tespit edildi.

Geriyeye kalan hastaların geç kolesistektomi randevularına gelmedikleri ve uzun dönemde tekrarlayan atak geçirdikleri saptandı.

Sonuç: Hafif ve orta şiddetteki akut biliyer pankreatit olgularında, kabul edilebilir komplikasyon oranları ile erken kolesistektomi uygulanabilir tedavi seçeneğidir.

Anahtar kelimeler: Tekrarlayan pankreatit, erken kolesistektomi

ABSTRACT

Treatment of recurrent biliary pancreatitis

Objective: The effect of timing of cholecystectomy procedure for the definitive treatment of acute biliary pancreatitis on recurrent episodes is reviewed.

Material and Method: 277 patients were admitted to our hospital for acute biliary pancreatitis between January 2007 and January 2009.

We reviewed the medical records of 42 patients who have been proven to have a recurrent episode among these 277 patients.

Results: Of these 42 patients, 8 (%21) had the recurrent episode within the 8 week interval. The rest had been scheduled for cholecystectomy procedure, however, they either ignored or postponed their appointment, and had the recurrent episode within the long term.

Conclusion: We advocate early cholecystectomy that is performed prior to discharge for the definitive treatment of acute biliary pancreatitis, unless the disease have a severe course, and if the procedure can be carried out with acceptable complication rates.

Key words: Recurrent pancreatitis, early cholecystectomy

Bakırköy Tıp Dergisi 2009;5:25-27

GİRİŞ

Akut pankreatitler nedenleri ortadan kaldırılmadığı sürece tekrarlama eğilimindedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde akut pankreatitlerin nispeten daha büyük bir kısmını oluşturan biliyer pankreatitlerin (ABP) tedavi protokolünde yer alan kolesistektomi işleminin zamanlaması halen önemli bir tartışma konusudur. Tekrarlayan ataklarda komplikasyon ve ölüm oranları, sırasıyla yaklaşık %30-40 ve %10 olup, ciddi biçimde artmaktadır (1). Bu durum, cerrahların bir kısmını ilk ABP atağı nedeniyle yatışı sırasında hastaya erken kolesistektomi uygulamaya itmektedir. Diğer taraftan, teknik zorluk ve deneyim yetersizliği gibi bazı nedenlerden dolayı, bazı cerrahlar 6-8 hafta gibi bir bekleme süresinin ardından kolesistektomi işlemini gerçekleştirmektedir. Her iki tercihi des-

tekleyen kapsamlı çalışmalar mevcuttur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2007 ile Ocak 2009 tarihleri arasında hastanemizde akut biliyer pankreatit tanısı ile kabul edilen toplam 277 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Bütün hastalarda ABP teşhisi klinik bulgular, biyokimyasal tetkikler ve görüntüleme yöntemleri ile doğrulanmıştı. Bu hasta grubu içindeki 42 hastanın daha önce ABP atağı ile hastaneye başvurduğu tespit edildi. Tekrarlayan ABP'si olan 42 hastanın epidemiyolojik dağılımı, rutin biyokimya değerleri, yandaş hastalıkları, Ranson skorları ve tekrarlayan атаға dek geçen süreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Tekrarlayan ABP nedeniyle başvuran hastaların yaş ortalaması 59.80±15.28 (25-85) ve kadın-erkek oranı 2.5 (30/12) idi. Şikayetlerin başlaması ile hastaneye başvuru arasındaki süre ortalama 4.48±6.38 (1-30) gündü. Şikayet hastaların %62'sinde (n=26) sadece karın ağrısı, %36'sında

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Murat Gönenç
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-212-414-7159

Elektronik posta adresi / E-mail address: gonencmd@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 3 Şubat 2009 / February 3, 2009

Kabul tarihi / Date of acceptance: 28 Şubat 2009 / February 28, 2009

Tablo 1: Hastalarda görülen yandaş hastalıklar

Yandaş Hastalık	Hasta Sayısı
Hipertansiyon	12
Diyabet	7
Guatr	2
Konjestif kalp yetersizliği	2
Benin prostat hipertrofisi	1
Bipolar bozukluk	1
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	1

Tablo 2: Hastaların ortalama biyokimya değerleri

Biyokimyasal Parametre	Ortalama Değer ve Standart Sapma
Amilaz	426,19±328,84 (23-1845)
Lipaz	575,22±714,42 (5-3654)
AST	87,93±58,36 (11-247)
ALT	123,25±86,57 (8-332)
ALP	222,32±129,36 (68-538)
Direkt bilirubin	1,77±1,56 (0,1-6,71)
Total bilirubin	2,83±2,15 (0,35-8,98)
Albümin	3,51±0,68 (0,7-4,4)
Üre	36,80±16,78 (14-94)
Kreatinin	1,06±0,40 (0,4-2,7)
Sodyum	139,71±3,47 (132-146)
Potasyum	4,24±0,53 (2,9-5,3)
Kalsiyum	8,87±0,52 (7,7-9,8)
Glikoz	159,59±85,77 (65-426)
LDH	267,43±103,60 (87-590)
Lökosit	10,400±4,520 (3,400-21,700)
Hematokrit	37,29±5,31 (25-50)
Hemoglobin	12,27±1,90 (8,15-16,12)
Trombosit	259,730±105,834 (76,000-549,000)

karın ağrısı ve sarılık (n=15), %2'sinde (n=1) ise sadece sarınlıktı. Başvuru sırasındaki Ranson skorlarının ortalama değeri 2.43±1.20 (1-5) idi. Hastaların %62'sinde (n=26) yandaş hastalıklar mevcuttu ve bu hastalıklar nedeniyle ilaç tedavisi kullanıyorlardı (Tablo 1). Önemli biyokimyasal parametrelerin ortalamaları ise Tablo 2'de sunulmuştur. Üç hastaya (%7) daha önceki başvurusu sırasında (biri 18 hafta, biri 26 hafta, biri 42 hafta önce olmak üzere) kolesistektomi yapılmıştı. Daha önce kolesistektomi işlemi uygulanmayan 39 hastanın ilk başvuruları ile tekrar başvuruları arasında geçen ortalama süre 18±22.22 (3-86) hafta idi. Bu hastaların 8'i (%21) ilk ataktan sonraki 8 haftalık bekleme süresi içinde tekrarlayan atakla başvurmuştu. Yine bu hastaların %7'sine (n=3) yatışı sırasında, kolesistektomi işlemi öncesinde endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) uygulanmıştı. Daha önce kolesistektomi geçirmemiş ve tekrarlayan ABP atağı ile başvuran 39 hastanın 38'ine (%97) taburcu olmadan erken kolesistektomi uygulandı. Geriye kalan 1 (%3) hasta, tekrarlayan ABP atağı sırasında, ameliyat edilmeden önce öldü.

TARTIŞMA

Akut pankreatitin tanısı, tedavisi ve takibi günümüzde

halen en tartışmalı konulardan birisidir. Tüm akut pankreatit nedenleri arasında en sık karşılaşılmalarının yanında, tedavi sonuçları diğer nedenlere göre daha yüz güldürücü olan biliyer kaynaklı pankreatitlerde tedavi şeması merkezlerin tecrübesine göre değişiklikler gösterebilir. Destek tedavi ile takip, endoskopik girişim ve cerrahi tedavi gibi seçeneklerden hangisinin seçileceği ve ne zaman yapılacağı konusunda kesin bir yargı yoktur (2,3). Literatürde tüm tercihleri kanıta dayalı olarak savunan kapsamlı çalışmalar varsa da, ABP'de erken ve geç kolesistektomiye karşılaştıran prospektif randomize bir çalışma henüz yoktur.

ABP'nin ilk atağı sırasında, hasta taburcu edilmeden uygulanan erken kolesistektominin savunan cerrahların en büyük korkusu tekrarlayan bir atak ile karşı karşıya kalmaktır. Tekrarlayan ABP'lerde hastalığın şiddeti ve ölüm oranları hakkında çelişkili sonuçlar veren çalışmalar mevcuttur (1,4). Bizim serimizdeki Ranson skorlarının ortalaması, tekrarlayan ABP'lerde hastalığın çok da masum seyretmediğini göstermektedir. Ayrıca, burada klinisyenin esas endişesi, seyri nasıl olursa olsun, hastayı önlenilebilir bir hastalık açısından riske atmaktır. Bir sonraki muhtemel atağın ne zaman meydana geleceğini tahmin etmek için herhangi bir belirteç bulunmadığından, ilk ataktan sonraki 6-8 haftalık bekleme süresi içinde dahi hastanın güvende olduğunu söylemek mümkün değildir. Nitekim, Ito ve ark. yaptıkları bir kohort çalışma sonucunda, tekrarlayan ABP'lerin %30'undan fazlasının hastanın taburcu edilmesini takip eden ilk 2 hafta içinde ortaya çıktığını tespit etmişlerdir (5). Daha bir çok çalışma, ABP sonrası kolesistektomi işlemi için bekleyen hastaların önemli bir kısmının bu süre içinde tekrarlayan atakla başvurduğunu bildirmiştir (6-12). Bizim çalışmamızda bu oran %21 olarak saptandı.

Komplikasyon ve açığa dönme oranları, kolesistektomi zamanlamasının belirlenmesinde cerrahları en fazla etkileyen kriterlerdendir. Komplikasyon oranlarının erken kolesistektomide daha düşük olduğunu (13,14), geç kolesistektomi ile aynı olduğunu (15) ve daha yüksek olduğunu (16-21) bildiren çelişkili sonuçlar içeren çok sayıda yayın mevcuttur. Kuşkusuz, ortak yargıya varılan tek nokta, açığa geçme oranlarının erken kolesistektomide daha yüksek olduğudur. Bu oran ortalama %5'tir, ancak yayınların çoğunda farklı düzeylerde bildirilmiştir (7,11,14,17,19,22,23). İlk ABP atağının ilk 72 saatinde ortaya çıkan doku ödemi diseksiyonu kolaylaştırmaktadır. Buna karşın, bu kritik dönemin devamında ödemin yerini alan fibrin oluşumu ve iltihap sonucunda yavaş yavaş ortaya çıkan

ve giderek yoğunlaşmaya başlayan yapışıklıklar diseksiyonu zorlaştırmakta ve dolayısıyla komplikasyon oranlarını yükseltmektedir. Görüldüğü üzere, ilk başvuru sırasında yapılan erken kolesistektominin zamanlaması da önemlidir. Ne yazık ki, hastanın hangi süreçte başvurduğunu net olarak tespit etmek her zaman mümkün değildir. Sonuç olarak, hastaların ameliyat edildiği fizyopatolojik evrelerin çeşitliliği, literatüre komplikasyon oranlarındaki çelişkilerle yansımaktadır. Geç kolesistektomiye savunan cerrahların beklentilerinden birisi de, dokuları 6-8 haftalık bir çözülme dönemine bırakma suretiyle nispeten daha az bozulmuş bir anatomiyle karşılaşmaktır. Buna karşın, bizim tecrübelerimiz bu beklentinin bazen de hayalkırıklığı ile sonuçlandığını göstermiştir.

Acil cerrahi ünitelerinde genellikle yeterli tecrübeye sahip bir cerrahi ekip bulunmaması ve ameliyathane programındaki ani değişikliklerden kaçınılması, birçok sağlık merkezinde geç kolesistektominin tercih edilmesinin esas nedenidir. Bu durum, erken ve geç kolesistektomilerin karşılaştırılması için yapılacak prospektif randomize çalışmalar için de en büyük engeldir. Bununla birlikte, sağlık merkezleri, konu üzerinde kesin bir tıbbi yargıya varılmadığı da düşünülürse, haklı olarak ABP'li hastalarda

tecrübeli cerrahlar tarafından veya onların eşliğinde planlı bir şekilde yapılacak olan geç kolesistektomiye, yeterli tecrübeye sahip olmayan cerrahi ekip tarafından yapılacak erken kolesistektomiye tercih etmektedir.

Hafif ve orta şiddetteki pankreatitlerin aksine, ağır pankreatitlerde çoğu cerrah geç kolesistektomiye seçmektedir. Öncelikle, ağır sistemik ABP olgularında uygulanan erken kolesistektominin komplikasyon, açığa dönme ve ölüm oranlarının belirgin ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (24,25). Ek olarak, ağır pankreatitlerin seyri sırasında daha sıkça karşılaşılan psödokist oluşumu halinde, geç kolesistektomi ile eş seansta psödokiste de müdahale etme şansı elde edilmektedir; böylece hasta fazladan bir girişimin neden olabileceği morbidite risklerinden de kurtulmaktadır (26). Ağır ABP olgularında bizim tercihimiz de geç kolesistektomi yönündedir. Göz ardı edilmemesi gereken önemli bir nokta da, iş gücü kaybı ve toplam hastane masraflarının geç kolesistektomi tercih edildiğinde belirgin ölçüde artmasıdır.

Sonuç olarak, serimizdeki sonuçlara ve tecrübelerimize göre, hafif ve orta şiddetteki ABP olgularında, kabul edilebilir komplikasyon oranları ile uygulanabilmesi halinde, erken kolesistektomi yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- Cuschieri A, Dubois F, Mouiel J, et al. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 385-387.
- Heinrich S, Schafer M, Rousson V, Clavien PA. Evidence-based treatment of acute pancreatitis: a look at established paradigms. *Ann Surg* 2006; 243: 154-168.
- Sargen K, Kingsnorth AN. Management of gallstone pancreatitis: effects of deviation from clinical guidelines. *JOP* 2001; 2: 317-322.
- Yadav D, Lowenfels AB. Trends in the epidemiology of the first attack of acute pancreatitis: a systematic review. *Pancreas* 2006; 33: 323-330.
- Ito K, Ito H, Whang EE. Timing of cholecystectomy for biliary pancreatitis: do the data support current guidelines? *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 2164-2170.
- Cheruvu CV, Eyre-Brooke IA. Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 2002; 84: 20-22.
- Papi C, Catarci M, D'Ambrosio L, et al. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: A meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2003; 99: 147-155.
- Suter M, Meyer A. A 10-year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it safe? *Surg Endosc* 2001; 15: 1187-1192.
- Cameron IC, Chadwick C, Phillips J, Johnson AG. Acute cholecystitis – room for improvement? *Ann R Coll Surg Engl* 2002; 84: 10-13.
- Mayer AD, McMahon MJ, Benson EA, Axon AT. Operations upon the biliary tract in patients with acute pancreatitis: aims, indications and timing. *Ann R Coll Surg Engl* 1984; 66: 179-183.
- Ong SK, Christie PM, Windsor JA. Management of gallstone pancreatitis in Auckland: progress and compliance. *ANZ J Surg* 2003; 73: 194-199.
- Griniatsos J, Karvounis E, Isla A. Early versus delayed single stage laparoscopic eradication for both gall stones and common bile duct stones in mild acute biliary pancreatitis. *Am Surg* 2005; 71: 682-686.
- Alimoglu O, Ozkan OV, Sahin M, Akcakaya A, Eryilmaz R, Bas G. Timing of cholecystectomy for acute biliary pancreatitis: outcomes of cholecystectomy on first admission and after recurrent biliary pancreatitis. *World J Surg* 2003; 27: 256-259.
- Singhal T, Balakrishnan S, Grandy-Smith S, Hunt J, Asante M, El-Hasani S. Gallstones: Best served hot. *JLS* 2006; 10: 332-335.
- Taylor E, Wong C. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in mild gallstone pancreatitis. *Am Surg* 2004; 70: 971-975.
- Lai PBS, Kwong KH, Leung KL, et al. Randomised trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 1998; 85: 764-767.
- Pessaux P, Tuech JJ, Rouge C, Duplessis R, Cervi C, Arnaud JP. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. A prospective comparative study in patients with acute vs. chronic cholecystitis. *Surg Endosc* 2000; 14: 358-361.
- Annamaneni RK, Moraitis D, Cayten CG. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly. *JLS* 2005; 9: 408-410.
- Shamiyeh A, Wayand W. Current status of laparoscopic therapy of cholelithiasis and common bile duct stones. *Dig Dis* 2005; 23: 119-126.
- Kelly TR, Wagner DS. Gall stone pancreatitis: A prospective randomized trial of the timing of surgery. *Surgery* 1988; 104: 600-604.
- Nealon WH, Bawduniak J, Walser EM. Appropriate timing of cholecystectomy in patients who present with moderate to severe gall stone associated acute pancreatitis with peripancreatic fluid collections. *Ann Surg* 2004; 239: 741-751.
- Shea JA, Healy MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy: A meta-analysis. *Ann Surg* 1996; 224: 609-620.
- Taylor E, Wong C. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in mild gall stone pancreatitis. *Am Surg* 2004; 70: 971-975.
- Tang E, Stain SC, Tang G, Froes E, Berne TV. Timing of laparoscopic surgery in gallstone pancreatitis. *Arch Surg* 1995; 130: 496-499.
- Uhl W, Müller CA, Krähenbühl L, Schmid SW, Schölzel S, Büchler MW. Acute gallstone pancreatitis: timing of cholecystectomy in mild and severe disease. *Surg Endosc* 1999; 13: 1070-1076.
- Sanjay P, Yeeting S, Whigham C, Judson H, Polignano FM, Tait IS. Endoscopic sphincterotomy and interval cholecystectomy are reasonable alternatives to index cholecystectomy in severe acute gallstone pancreatitis (GSP). *Surg Endosc* 2008; 22: 1832-1837.