

# Kolesistektomili hastalarda akut biliyer pankreatit

Acute biliary pancreatitis in cholecystectomised patients

Mesut Gül<sup>1</sup>, İbrahim Aliosmanoğlu<sup>1</sup>, Ahmet Türkoğlu<sup>1</sup>, Feyzullah Uçmak<sup>2</sup>, Burak Veli Ülger<sup>1</sup>, Abdullah Oğuz<sup>1</sup>, Ömer Uslukaya<sup>1</sup>

**Amaç:** Bu çalışmada kolesistektomi sonrası akut biliyer pankreatit geçiren hastaların analiz edilerek tedavilerini irdelemeyi amaçlamışlar.

**Gereç ve Yöntem:** Akut biliyer pankreatit tanısı konan ve daha önce kolesistektomi uygulanan 22 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, hastalık şiddeti, kolesistektomiden sonra geçen süre, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) ve endoskopik sfinkterotomi (ES) yapılıp yapılmadığı, uygulanan ameliyat, hastanede yatış süreleri ve mortalite kaydedildi.

**Bulgular:** Toplam 22 hastanın yaş ortalaması 60.14±16.4 (21-86) yıl ve kadın erkek oranı 14/8 idi. Kolesistektomiden sonra geçen süre ortalama 81.7 (6-240) ay bulundu. ERCP ile 18 hastada koledok kanalından taş ve çamur tespit edilirken, 4 hastada ise etken tesbit edilemedi. On sekiz hastanın 14'ü taş ekstraksiyonu ve ES yapılarak başarılı bir şekilde tedavi edilirken, 4 hastada ERCP başarılı olmadı. Taş tespit edilip çıkartılmayan 4 hastanın 3'üne açık cerrahi ile koledok eksplorasyonu yapıldı. Bir hastada mortalite gelişti. Mortalite gelişen hariç diğer hastaların hastanede ortalama kalış süresi 8.5±3.5 gün idi.

**Sonuç:** Kolesistektomi sonrası safra kanalı taşlarının bir kısmı semptom vermeden uzun süre sessiz kalabilir. Ancak bir kısmı ise aylar veya yıllar sonra potansiyel olarak mortal seyreden akut pankreatite neden olurlar. Tedavide ERCP ve ES standart tedavi yöntemidir. ERCP ve ES'de başarısız kalınan hastalar laparoskopik ve açık cerrahi ile koledok eksplorasyonu yapılarak tedavi edilebilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Akut biliyer pankreatit, kolesistektomi, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi, endoskopik sfinkterotomi

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye  
<sup>2</sup>Diyarbakır Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

Dr. Mesut Gül  
E-posta: drmesutgull@gmail.com

Makale Geliş Tarihi: 17.07.2012  
Makale Kabul Tarihi: 19.09.2012

## GİRİŞ

Akut pankreatit (AP), 1992 yılında Atlanta'da yapılan uluslararası konsensus toplantısında, pankreas dokusunun inflamasyonu ile birlikte çevre dokuların ve uzak organ sistemlerinde değişik derecelerde etkilendiği inflamatuvar bir süreç olarak tanımlanmıştır (1). Akut pankreatitli tüm olguların %35 ile %65'inin nedenini safra kesesi ve koledok taşları oluşturmaktadır (2). Safra kesesinde taş olan hastaların aynı zamanda yaklaşık olarak %8-15'inde koledok kanalında taş olduğu bildirilmiştir (3). Kolesistektomi yapılan hastalarda koledok kanalında taş bulunma sıklığı %2 ile %15 arasında değişmektedir (4, 5). Literatürde kolesistektomi sonrası akut biliyer pankreatit (ABP) sıklığı konusunda yeterli bilgi yoktur. Bu çalışmada, kolesistektomi sonrası ABP geçiren hastaları incelemeyi ve klinik deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Ocak 2000-Aralık 2010 yılları arasında ABP tanısı konan ve daha önce kolesistektomi uygulanan 22 hasta retrospektif olarak incelendi. AP, spesifik karın ağrısı ve serum amilaz değerinin referans değerinin üst sınırının 3 katından daha yüksek olması olarak tanımlanmaktadır (6). Hastalık şiddeti tahmininde Ranson kriterleri kullanıldı ve skoru 3'ün altı hafif akut pankreatit, 3 ve üzeri şiddetli akut pankreatit olarak değerlendirildi. (7). Hastaların demografik özellikleri, hastalık şiddeti, kolesistektomiden sonra geçen süre, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) ve endoskopik sfinkterotomi (ES) yapılıp yapılmadığı, uygulanan ameliyat, hastanede yatış süreleri ve mortaliteleri kaydedildi. Etyolojik neden; anamnez, fizik muayene, radyolojik ve laboratuvar bulgularına

**Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri**

Yaş (yıl)*	60.14±16.4
Cinsiyet (kadın/erkek)	18/4
Kolesistektomi sonrası pankreatit gelişim süresi (ay)	81.7 (6-240)
Tedavi yöntemi	
ERCP+ES, n (%)	18 (81.8)
Laparotomi+koledok eksplorasyonu, n (%)	3 (13.6)
Mortalite, n (%)	1 (4.5)
Hastanede yatış süresi (gün)* <sup>n</sup>	8.5±3.5

\*Ortalama±standart sapma, <sup>n</sup>Mortal seyreden hasta hariç tutuldu, ERCP: Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi, ES: Endoskopik sfinkterotomi

göre belirlendi. ABP tanısı, pankreatit tanısına ek olarak laboratuvar testlerinde kolestaz bulgusu olan hastalarda, eş zamanlı radyolojik olarak safra yollarında taş tesbit edilmesi ile konuldu (2). Biliyer neden dışı kolestatik sarılıklı hastalar ve kolesistektomize olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Ayrıca kolesistektomi sonrasında ilk 3 ayda görülen akut pankreatitli hastalar, pankreatit nedeninin ameliyat esnasında gözden kaçan taş olabileceği düşünülerek çalışma dışı bırakıldı (2).

## BULGULAR

Toplam 22 hastanın yaş ortalaması 60.14±16.4 yıl ve kadın erkek oranı 18/4 idi. Ranson kriterlerine göre hastaların 18'i hafif akut pankreatit, 4'ü ise şiddetli akut pankreatit olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, kolesistektomiden sonra geçen süre, hastanede kalış süresi, mortalite oranları ve tedavi yöntemleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Kolesistektomiden sonra geçen süre ortalama 81.7 (6-240) ay olarak saptandı. Hastaların ortalama amilaz değerleri 753±396'ydı. Hastaların koledok çapları ortalama 15.32±3.92 mm olup, radyolojik olarak hastaların 12'sinde MRCP ile 10'unda ise US ile safra yollarında taş veya çamur tesbit edildi. Tüm hastalara ERCP yapıldı, ERCP ile koledok kanalında taş ve çamur tespit edilen 18 hastanın 14'ü taş ekstraksiyonu ve ES yapılarak başarılı bir şekilde tedavi edilirken 2 hastada distal koledokta impakte taş tespit edildi ve ERCP başarılı olamadı. İki hastada koledokta büyük taş (>2 cm) ve papilla yanında duodenal divertikül olduğundan ES yapılamadı. Geriye kalan diğer dört hastada taş tesbit edilmedi. Bu hastalarda ERCP'de koledok normalden geniş bulundu.

Periampuller tümör bulgusu olmayan (ERCP ve radyolojik olarak) bu hastalarda taşın düşmüş olabileceği düşünüldü ve ES yapıldı. ERCP ile taş tespit edilip çıkarılmayan 3 hasta laparotomi ile koledok eksplorasyonu yapılarak safra yolları temizlendi ve T-tüp uygulandı. ERCP'de impakte taş tespit edilen diğer bir hastaya nekrotizan pankreatit gelişmesi üzerine nekrozektomi ve eş zamanlı koledok eksplorasyonu yapılarak safra yolları temizlendi ve T-tüp uygulandı. Planlı relaparotomi ve peritoneal lavaj uygulanan bu hastada yatışının 48. gününde sepsise bağlı multiorgan yetmezliği nedeniyle mortalite gelişti. Bu hasta hariç hastanede ortalama kalış süresi 8.5±3.5 gün idi.

## TARTIŞMA

Kolesistektomi geçiren hastalarda akut biliyer pankreatitin şiddeti ve görülme sıklığı hakkında bilgiler sınırlıdır. Literatürde verilen çeşitli serilerde açık ve laparoskopik kolesistektomiden sonra %2 ile %15 arasında safra kanalında taş görüldüğü bildirilmiştir (4, 5, 8, 9). Bu taşların bir kısmı semptom vermeden uzun süre sessiz kalırken bir kısmı aylar veya yıllar sonra mortal seyreden akut pankreatite neden olurlar. Yapılan bir çalışmada koledok kanalında kalmış taşların semptomatik olma oranı %2.5 olarak bildirilmiştir (4). Kolesistektomiden sonra ABP haftalar, aylar veya yıllar sonra görülebilir. Gloor ve ark. (2) inceledikleri 278 akut pankreatit olgunun %10 kadarı kolesistektomi sonrası ABP olduğunu ve bu olgulardan özellikle şiddetli seyredenlerin tersiyer merkezlere sevk edilme olasılığının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada kolesistektomi ile ABP görülmesi arasında geçen süreyi

ise ortalama 4 yıl olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise bu süre ortalama 81.7 (6-240) ay bulundu. Kliniğimizde daha önce yapılan bir çalışmada yıllık ortalama 100'ün üzerinde AP hastasının takip ve tedavisinin yapıldığı görülmüştür. Buna göre 11 yıllık dönemde saptanan 22 postkolesistektomi ABP olgusu, tüm AP'lerin yaklaşık %2'lik kısmını oluşturmaktadır (10). Kolesistektomi sonrası koledok taşlarının tedavisinde ERCP ve ES standart tedavi yöntemidir. Ancak yapılan çalışmalarda kolesistektomi sonrası koledok taşlarının tedavisinde ERCP ve ES'nin %10 oranında başarısız olduğu bildirilmiştir (4, 10-13). Bu hastalar ise laparoskopik veya açık cerrahi ile koledok eksplorasyonu yapılarak tedavi edilmektedir (4, 11). Çalışmamızda ERCP ve ES başarısızlık oranı %18.2 ile literatüre göre yüksek bulundu. ERCP ve ES başarısız kalan hastalar açık cerrahi ile koledok eksplorasyonu ve T-tüp uygulanarak tedavi edildiler. Duodenal divertiküllerin kolesistektomi sonrası gelişen rekürren ABP'lerin etyolojisinde önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir. Mackenzie ve ark. (14) duodenal divertiküllü vakalarda safra yolu patolojisi gelişme sıklığını 15 yılda %10.2 saptamışlardır. Gloor ve ark. (2) çalışmasında ise kolesistektomi sonrası gelişen rekküren ABP'lerin %8'inde duodenal divertikül tespit edilmiştir. Benzer şekilde çalışmamızda duodenal divertikül oranı %9.1 olarak bulundu. Yapılan bir çalışmada kolesistektomi geçirip koledok çapı 10 mm'den geniş olan hastalarda ABP atağı geçirme oranının arttığı bildirilmiştir (15). Çalışmamızda tüm hastaların koledok çaplarının normalden geniş olduğu görüldü. Kolesistektomi sonrası gelişen ABP'ler, hafif bir şekilde olan ödematöz pankreatitten ağır bir şekilde seyreden nekrotizan pankreatite kadar farklı şiddette patolojik değişikliklerle seyrederek. Yapılan bir çalışmada şiddetli pankreatit görülme oranı %61.5 olarak verilmiştir. Aynı çalışmada şiddetli pankreatitli hastalarda pankreatik nekroz gelişme oranının %50 olduğu ve %8 oranında mortalite görüldüğü rapor edilmiştir (2). Ancak çalışmamızda şiddetli pankreatit 4 (%18.2) hastada görüldü. Bir hastada (%25) pankreasta nekroz gelişti. Aynı hasta sepsise bağlı çoklu organ yetmezliği nedeniyle vefat etti.

Kolesistektomi yapılmış hastalarda AP, etyolojisinde safra kanalı taşları akılda tutulmalıdır. Kolesistektomi sonrası koledok kanalı taşlarının bazıları uzun süre semptom vermeden kalabilirken,

bazıları ise potansiyel olarak mortal seyredabilen AP'e neden olabilmektedir. Bu hastalarda akut pankreatit tedavisine ek olarak, koledok kanalı taşlarının definitif tedavisi için ERCP ve

ES standart tedavi yöntemidir, başarısız kalınan hastalarda laparoskopik ve açık cerrahi ile koledok eksplorasyonu yapılarak tedavi edilebilirler.

## SUMMARY

### Acute biliary pancreatitis in cholecystectomised patients

**Purpose:** This study aimed to investigate the treatments of patients with acute biliary pancreatitis after cholecystectomy.

**Materials and Methods:** Twenty-two patients who were diagnosed with acute biliary pancreatitis and underwent cholecystectomy were analysed retrospectively. The patients' demographic characteristics, severity of disease, elapsed time since cholecystectomy, whether endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy were performed, surgical intervention, duration of hospital stay, and mortality were recorded.

**Results:** The average age of the 22 patients was 60.14±16.4 (21-86), and the female to male ratio was 14:8. The average elapsed time since cholecystectomy was 81.7 (6-240) months. In 18 patients, stones and mud were detected in the choledoch duct with endoscopic retrograde cholangiopancreatography, with no factors identified in 4 patients. While 14 of these 18 patients were treated successfully with stone extraction and endoscopic sphincterotomy,

endoscopic retrograde cholangiopancreatography did not succeed in 4 patients. In 3 of 4 patients, in whom stones were detected but failed to be extracted, choledoch duct exploration was carried out with open surgery. Mortality developed in one patient. Average hospital stay, with the exception of the deceased patient, was 8.5±3.5 days.

**Conclusion:** Some choledoch duct stones can remain asymptomatic for an extended period after cholecystectomy. However, some cause acute pancreatitis ending in mortality after several months or even years. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy are the standard methods of treatment. Patients in whom endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy have failed, can be treated with choledoch duct exploration with open surgery and laparoscopic surgery.

**Key Words:** Acute biliary pancreatitis, cholecystectomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic sphincterotomy

## KATKIDA BULUNANLAR

### Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:

Mesut Gül, İbrahim Aliosmanoğlu, Feyzullah Uçmak

### Verilerin elde edilmesi:

Abdullah Oğuz, Mesut Gül

### Verilerin analizi ve yorumlanması:

Ahmet Türkoğlu, Ömer Uslukaya, İbrahim Aliosmanoğlu

### Yazının kaleme alınması:

Mesut Gül, İbrahim Aliosmanoğlu

### İstatistiksel değerlendirme:

Burak Veli Ülger, Ahmet Türkoğlu

## KAYNAKLAR

- Bradley EL 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. Arch Surg 1993; 128: 586-590. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1993.01420170122019> [CrossRef]
- Gloor B, Stahel PF, Müller CA, et al. Incidence and management of biliary pancreatitis in cholecystectomized patients. Results of a 7-year study. J Gastrointest Surg 2003; 7: 372-377. [http://dx.doi.org/10.1016/S1091-255X\(02\)00418-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1091-255X(02)00418-3) [CrossRef]
- Aran Ö, Kılıç AY. Safra yolları hastalıkları. Sayek İ. Temel cerrahi.3. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004: 1385.
- Anwar S, Rahim R, Agwunobi A, et al. The role of ERCP in management of retained bile duct stones after laparoscopic cholecystectomy. N Z Med J 2004; 117: 1102.
- Chari RS, Shah SA. Biliary system. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston Textbook of Surgery. 19 th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2012: 1411-1475.
- Toouli J, Brooke-Smith M, Bassi C, et al. Guidelines for the management of acute pancreatitis. J Gastroenterol Hepatol 2002; 17: 15-39. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1746.17.s1.2.x> [CrossRef]
- Yanar F, Alış H. Akut pankreatitlerin prognozunun belirlenmesinde skorlama sistemlerinin rolü. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2011; 4: 43-47.
- Rogers AL, Farha GJ, Beamer RL, et al. Incidence and associated mortality of retained common bile duct stones. Am J Surg 1985; 150: 690-693. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(85\)90410-6](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(85)90410-6) [CrossRef]
- Braghetto I, Debandi A, Korn O, et al. Long-term follow-up after laparoscopic cholecystectomy without routine intraoperative cholangiography. Surg Laparosc Endosc 1998; 8: 349-352. <http://dx.doi.org/10.1097/00019509-199810000-00005> [CrossRef]
- Gümüş M, Uçmak F, Önder A, ve ark. Akut pankreatit deneyimimiz: 401 vakanın analizi. Türk HPB 2009; 5: 61-64.
- Chiappetta Porras LT, Nápöli ED, Canullán CM, et al. Laparoscopic bile duct reexploration for retained duct stones. J Gastrointest Surg 2008; 12: 1518-1520. <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-008-0596-6> [CrossRef]
- Leese T, Neoptolemos J, Carr-Locke D. Successes, failures, early complications and their management following endoscopic sphincterotomy: results in 394 consecutive patients from a single center. Br J Surg 1985; 72: 215-219. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800720325> [CrossRef]
- Williams EJ, Green J, Beckingham I, et al. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut 2008; 57: 1004-1021. <http://dx.doi.org/10.1136/gut.2007.121657> [CrossRef]
- Mackenzie ME, Davies WT, Farnell MB, et al. Risk of recurrent biliary tract disease after cholecystectomy in patients with duodenal diverticula. Arch Surg 1996; 131: 1083-1085. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1996.01430220077017> [CrossRef]
- Grönroos JM, Haapamäki MM, Gullichsen R. Effect of the diameter of the common bile duct on the incidence of bile duct stones in patients with recurrent attacks of right epigastric pain after cholecystectomy. Eur J Surg 2001; 167: 767-769. <http://dx.doi.org/10.1080/11024150152707752> [CrossRef]