

# Cerrahi Tedavi Gerektiren Akut Pankreatitler: 51 Hastanın İncelenmesi

SURGICALLY TREATED ACUTE PANCREATITIS:  
Evaluation of 51 patients

Dr.Burhan KABAY, Dr.Osman ABBASOĞLU, Dr.Volkan KAYNAROĞLU,  
Dr.Ahmet ÖZENÇ, Dr.İskender SAYEK

\* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

## ÖZET

**Amaç:**Ameliyat edilerek akut pankreatit tanısı almış hastalarda mortalite ve morbiditeye etki eden faktörleri belirlemek.

**Durum değerlendirilmesi:**Ameliyat edilmiş akut pankreatitli hastalarda mortalite ve morbiditeye etki eden faktörlerin ve risk altındaki hastaların belirlenmesi, tedavinin planlanması, tedavi etkinliğinin saptanması ve prognozun belirlenmesi açısından önemlidir.

**Yöntem:**1980-1998 yılları arasında kliniğimizde ameliyat edilerek akut pankreatit tanısı almış 51 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirilerek mortaliteye ve morbiditeye etki eden faktörler belirlenmiştir.

**Çıkarımlar:**Tüm hastalar için mortalite hızımız %23.5 olarak, morbidite hızımız %39.2 olarak bulunmuştur. En sık ameliyat endikasyonu akut karın (%74.5) ve takipte hastanın kliniğinin düzelmemesi yada kötüye gidiş (%19.6) olarak bulunmuştur.

**Sonuçlar:**Artmış kan şekeri ve laktat dehidrogenaz(LDH), azalmış kan kalsiyum ve albumin değerleri, ileus ve abdominal distansiyon olması, hemorajik nekrotizan pankreatit tanısı mortaliteyi, artmış kan üre azotu(BUN) ve azalmış kan kalsiyum değerleri, abdominal distansiyon olması ve enfekte nekroz varlığı morbiditeyi arttıran faktörler olarak bulunmuştur. İntersitisyel-ödematöz pankreatit tanısında ise mortalitenin azaldığı(%15.2) görülmüştür. Nekrozun varlığı mortalite ve morbiditeyi belirleyen en önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Akut pankreatit, cerrahi, akut karın

## SUMMARY

This study was performed to determine the factors influencing the mortality and morbidity in surgically treated patients with acute pancreatitis. To know the risk factors and factors affecting mortality and morbidity is important for planning and evaluating the effectiveness of treatment, and determining prognosis. Hospital records of 51 patients, hospitalized between 1980-1998, with the operative diagnosis of acute pancreatitis were retrospectively investigated. Mortality and morbidity rates for all patients were %23.5 and 39.2 respectively. The most common operative indication was acute abdomen(%74.5) and deteriorating clinical condition(%19.6).Increased blood glucose and lactate dehydrogenase levels, decreased blood calcium and albumin levels, ileus and abdominal distension, diagnosis of hemorrhagic necrotizing pancreatitis were found to be the risk factors effecting mortality. Increased blood urea nitrogen(BUN), and decreased blood calcium level, abdominal distension and infected necrotizing pancreatitis were the risk factors effecting morbidity. In case of interstitial pancreatitis mortality rate was decreasing(%15.2).We conclude that the most important factor determining mortality and morbidity was the presence of necrosis.

**Key words:** Acute pancreatitis, surgery, acute abdomen

Akut pankreatit değişik klinik tablolarla karşımıza çıkan ve homojen olmayan bir hastalık grubudur. Klinik olarak hafif bir rahatsızlıktan, multisistemik organ yetmezliğine ve ölüme kadar gidebilen bir dağılımı vardır. Akut pankreatitli hastaların yaklaşık %10'unda hayatı tehdit eden ve pankreatik kanama veya nekrozla seyreden ağır bir tablo gelişir. Bu grup hastaların erken dönemde tanınması ve tedavisi büyük önem taşır. Akut pankreatitte cerrahi girişim, tanı, pankreatitin tedavisi, komplikasyonların tedavisi, uzamış pankreatitin tedavisi ve rekürren pankreatitin önlenmesi gibi amaçlarla yapılır. Günümüzde akut pankreatitin ilk tedavisinin, mutlak bir cerrahi endikasyon olmadıkça konzervatif yöntemlerle olması gerektiği bilinmektedir (20,21,22) Nekrotizan pankreatitte cerrahi tedavinin zamanlaması konusunda değişik görüşler bulunmaktadır. Tüm yoğun bakım olanaklarının kullanılmasına rağmen hastanın kliniğinin düzelmeme ya da kötüye gitmesi, akut karın varlığı ya da izlemde akut karın bulgularının ortaya çıkması, şok, sepsis sendromu varlığı, en fazla 3 gün yoğun bakım tedavisine karşın devam eden çoklu organ yetmezliği ve

maksimum yoğun bakım tedavisine rağmen 8 günden uzun süreyle devam eden üst abdominal kitle veya %50'den fazla nekroz varlığında cerrahi tedavi önerilmektedir (1,2). Enfekte pankreatik nekroz varlığı ise kesin cerrahi endikasyon olarak görülmektedir (1,2,13). Cerrahi tedavinin zamanlamasının ve cerrahi yöntemlerin halen tartışıldığı günümüzde son 19 yılda akut pankreatit nedeniyle kliniğimizde ameliyat edilen 51 hastayı inceleyerek mortalite ve morbiditeye etki eden faktörleri belirlemek ve akut pankreatitin cerrahi tedavisindeki gelişmeleri irdelemek istedik.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1980-1998 yılları arasında ameliyat edilerek akut pankreatit tanısı almış 51 hastanın kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların %70'inde akut pankreatit tanısı klinik ve laboratuvar bulgular ile konulmuş, kesin tanı laparotomi yapılan hastalarda akut pankreatit halinin görülmesi ile konulmuştur. Laparotomi yapılan

**TABLO 1A, 1B: AKUT PANKREATİT NEDENİYLE AMELİYAT EDİLEN 51 HASTADA SEMPTOM VE BULGULARIN DAĞILIMI**

<i>Semptomlar</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
<i>Karın ağrısı</i>	51	100
<i>Bulantı</i>	41	80
<i>Kusma</i>	34	67
<i>Ateş</i>	17	33
<i>Nefes darlığı</i>	7	14
<i>Sarılık</i>	6	12
<i>Bilinç bulanıklığı</i>	3	6
<i>Hematemez</i>	2	4
<i>Bulgular</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
<i>Akut karın</i>	38	75
<i>İleus</i>	21	41
<i>Abdominal distansiyon</i>	19	38
<i>Ateş</i>	17	33
<i>Taşikardi</i>	13	25
<i>Metabolik bozukluk</i>	8	16
<i>Plevral efüzyon</i>	7	14
<i>Pnömonik infiltrasyon</i>	4	8
<i>Atrial fibrilasyon</i>	4	8
<i>Akut böbrek yetmezliği</i>	2	4
<i>Diğer</i>	4	8

**TABLO 2: AKUT PANKREATİT TANISIYLA AMELİYAT EDİLEN 51 HASTADA AMELİYAT**

Ameliyat bulguları	Sayı	%
Nekrotizan pankreatit	24	47
İntersitisyel-ödematöz pankreatit	21	41
Akut pankreatit + kolelitiazis	21	41
Pankreatik psödokist	5	10
Pankreatik apse	4	8
Akut pankreatit + koledokolitiazis	4	8
Diger	11	22

hastalarda gastrokolik omentum açıldığında akut pankreatit halinin görülmesi çalışmaya dahil edilme kriteri olarak alınmıştır. Akut pankreatit halinin değerlendirilmesinde ameliyat notlarındaki veriler esas alınarak Ulm sınıflaması (Tablo 6) kullanılmıştır. Hastaların takiplerinde klinik bulguların kötüye gitmesi ve akut karın bulgularının ortaya çıkması, enfekte pankreatik nekroz varlığı, akut karın varlığı cerrahi girişim endikasyonları olarak alınmıştır. Bu hastaların ilk başvuru şikayetleri, laboratuvar ve klinik bulguları, alkol ve ilaç kullanımı, kolelitiazis veya geçirilmiş pankreatit atağı öyküsü, ameliyat öncesi ve sonrası tanılar, ameliyat bulguları kaydedilmiş ve safra taşı varlığına göre modifiye edilmiş Ranson kriterleri bu protokol dahilinde değerlendirmeye alınmıştır. Mortalite ve morbitideye etki eden faktörlerin istatistiksel incelemesinde bağımsız örneklerde t-testi ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### BULGULAR

Hastaların yaş dağılımı 17-90 arasında değişmekte olup, yaş ortancası 50 olarak bulunmuştur. Hastaların 25'i erkek, 27'si kadındır.

En kısa yatış süresi 5 gün, en uzun yatış süresi 180 gün olarak bulunmuştur (ortanca: 17 gün). Tablo 1'de semptom ve bulgu dağılımı verilmiştir. Karın ağrısı (%100) ve bulantı (%80) en sık karşılaşılan semptom; akut karın (%75) ve ileus (%41) en sık bulgu olarak görülmüştür. Tablo 2'de ameliyat bulguları ve ameliyat sonrası tanılar verilmiştir. Nekrotizan pankreatit (%47) en sık karşılaşılan ameliyat bulgusudur. Tablo 3'te yapılan ameliyatlara verilmiştir. Laparotomi + drenaj (%37), kolesistektomi (%24) en sık yapılan ameliyatlardır. Tablo 4'te morbidite nedenleri verilmiştir ve sıklıkla (%54) septik komplikasyonlar olarak karşımıza çıktığı görülmüştür. Etiyolojik faktörler incelendiğinde biliyer pankreatitler (%43) ilk sırada, nedeni bulunamayan pankreatitler ise (%39.4) ikinci sırada gelmektedir. Alkolik pankreatitler ise %17.6 oranında görülmüştür.

### SONUÇLAR

Hastaların laboratuvar incelemelerinde kanda glukoz, kalsiyum, albumin ve laktat dehidrogenaz değerleri mortalite, kan üre azotu ve kalsiyum değerleri morbidite açısından anlamlı bulunmuştur

**TABLO 3: AKUT PANKREATİT NEDENİYLE CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN 51 HASTADA YAPILAN AMELİYATLAR**

Ameliyat tipi	Sayı	%
Laparotomi + drenaj	19	37
Kolesistektomi	12	24
Kolesistektomi + T-tüp drenaj	12	24
Nekrozektomi + sump drenaj	12	24
Reoperasyon	8	16
Kolesistektomi + koledokoduodenostomi	1	2

**TABLO 4: AKUT PANKREATİT NEDENİYLE AMELİYAT EDİLEN  
51 HASTADA GÖRÜLEN MORBİDİTE**

Morbiditye	Sayı	%
Gastrointestinal sistem kanaması	6	12
Sepsis	5	10
Fistül		
Pankreatik	3	6
Enterokütan	2	4
Yara enfeksiyonu	4	8
ARDS	4	8
Metabolik bozukluk	3	6
Pnömoni	2	4
Pankreatik apse	1	2
Diğer	7	14

( $p < 0.05$ ). Hastahaneye ilk başvuruda abdominal distansiyon ve ileus bulgusu, ameliyat sırasında enfekte nekroz yada hemorajik nekrotizan pankreatit bulguları mortaliteyi anlamlı olarak arttırmaktadır ( $p < 0.05$ ). İntersitisyel- ödematöz pankreatit olması halinde mortalite nekrotizan pankreatite göre anlamlı olarak azalmaktadır ( $p < 0.05$ ). Abdominal distansiyon bulgusu, enfekte nekroz varlığı morbiditeyi anlamlı olarak arttırmaktadır ( $p < 0.05$ ). Safra taşı varlığına göre modifiye Ranson kriterlerinin mortalite açısından duyarlılığı %44.4, seçiciliği %75, yanlış pozitifliği 0.25, yanlış negatifliği 0.56 olarak bulunmuştur. Morbidite açısından ise duyarlılık %40, seçicilik %76.9, yanlış pozitiflik 0.23, yanlış negatiflik 0.56 olarak bulunmuştur. Nekrotizan pankreatit tanısı mortaliteyi 8.93 kat arttırmaktadır. Karın ağrısı, ateş, bulantı ve kusma şikayetleri ile gelen

hastalarda mortalite 8.77, morbidite 5.03 kat artmaktadır. Nekrozektomi ve reoperasyon yapılan olgularda morbidite 12.35 kat artmıştır. Asit, enfekte nekroz ve ekstra pankreatik yağ dokusu nekrozu varlığı mortaliteyi 7.56 kat arttırmaktadır. İntersitisyel- ödematöz pankreatit varlığında ise mortalite azalmaktadır (Tablo 5).

#### TARTIŞMA

Akut pankreatitler klinik, patolojik, biyokimyasal ve bakteriyolojik veriler ışığında dört grup olarak incelenmektedir (Tablo 6). İntersitisyel- ödematöz pankreatit ve nekrotizan pankreatit en sık karşılaşılan klinik manifestasyonlardır. Pankreatik pseudokist ve pankreatik apse ise nekrotizan pankreatitten sonra görülen ve 3-5 hafta sonra gelişen geç komplikasyonlardır. Akut pankre-

**TABLO 5: AKUT PANKREATİT NEDENİYLE AMELİYAT EDİLEN  
51 HASTADA MORTALİTE VE MORBİDİTE AÇISINDAN RİSK KATSAYILARI**

	Odd's Ratio(güvenlik Sınırı)	
	Mortalite	Morbiditye
Nekrotizan pankreatit	8.93(1.71-47.62)	2.32(0.75-7.50)
Pankreatik psödokist	1.35(1.14-1.61)	0.35(0.03-3.43)
Pankreatik apse	1.09(0.10-11.63)	5.21(0.51-54.96)
İntersitisyel-ödematöz pankreatit	0.09(0.01-0.73)	0.31(0.09-1.07)
Karın ağrısı + bulantı + kusma	8.77(1.89-40.0)	5.03(1.11-22.61)
Enfekte nekroz + asit	6.17(0.49-43.48)	2.50(0.38-16.88)
Enfekte nekroz + asit + ekstrapankreatik yağ dokusu nekrozu	7.56(0.62-90.91)	3.33(0.28-39.4)
Nekrozektomi + reoperasyon	6.17(0.89-43.48)	12.35(0.21-0.49)

**TABLO 6: AKUT PANKREATİTTE  
TERMİNOLOJİ-ULM SINIFLAMASI**

İntersitisyel-ödematöz pankreatit
Nekrotizan pankreatit
Steril nekroz
İnfekte nekroz
Pankreatik apse
Pankreatik psödokist

atitlerin doğal seyrini belirleyen faktör ise pankreatik parankimal nekroz, ekstrapankreatik retroperitoneal yağ dokusu nekrozu, pankreatik asit içindeki biyolojik olarak aktif bileşikler ve nekrozun enfekte olmasıdır (3).

Nekrotizan pankreatit varlığında mortalite hızı %41.7 olmakta ve mortalite 8.93 kat artırmaktadır. Enfekte yada steril nekroz varlığında mortalite hızları sırasıyla %25.0 ve %16.6 olmaktadır. Hastaların %76'sında mortalite, septik komplikasyonlara bağlı olarak gelişmektedir. Değişik serilerde mortalite hızları intersitisyel pankreatit için %2'nin altında, steril nekroz için yaklaşık %10 ve enfekte nekroz için %5-40 olarak verilmektedir (7,10,13).

Bu hasta grubunda pankreatite neden olan faktörler incelendiğinde biliyer pankreatitler (%43) ilk sırada gelmektedir. Nedeni bulunamayan pankreatitlerin ise oranı %39.4'tür. Akut pankreatit nedeni kesin olarak bilinmeyen grupta 5 hastada tiazid grubu diüretik ilaç, 1 hastada sulfonamid grubu ilaç, 1 hastada Behçet hastalığı nedeniyle yüksek doz steroid kullanımı hikayesi alınmış; 1 hastada tenia infestasyonu ve hiperlipidemi gösterilmiştir. Alkolik pankreatitler ise %17.6 oranında görülmüştür. Bazı serilerde alkolik pankreatitler ilk sırada gelmekteyken, çoğu batı kaynaklı çalışmalarda ve yurdumuzda biliyer pankreatitler olguların %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır (14,15,16). Bizim hasta grubumuzda biliyer ve

alkolik pankreatitlerde mortalite ve morbidite açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaların hastaneye başvurularında en sık karşılaşılan yakınmalar karın ağrısı (%100), bulantı (%41), kusma (%34), ve ateş (%33.3) olarak bulunmuştur. Hastalarda en sık karşılaşılan bulgular ise abdominal distansiyon (%37.5) ve akut karın (%74.5) bulgularıdır. Bu bulgular değişik serilerle uyum göstermektedir (11). Ameliyat edilen hastaların ameliyat öncesi tanıları incelendiğine 18 hasta pankreatit (%35), 18 hasta pankreatit düşünül-mekle birlikte akut karın (%35), 11 hasta (%21.5) ise sadece cerrahi akut karın düşünülerek ameliyat edilmiş ve ameliyatta pankreatit tanısı almıştır. Dört hastada ise pankreatit düşünülmemekle birlikte ameliyat sonrası tanı pankreatit olmuştur (%8.5). Cerrahi akut karın düşünülerek ameliyat edilen hastaların 11'inde (%37.9) ameliyat sonrası tanı intersitisyel- ödematöz pankreatit (İÖP) olmuştur. İÖP tıbbi tedaviye çoğunlukla çok iyi vermekte ve %15 oranla nekrotizan pankreatite dönüşmektedir (3,8). Cerrahi akut karın nedeniyle ameliyat ettiğimiz ve İÖP tanısı almış hastalarda mortalite azalmış olarak bulunmuştur. İÖP'in tıbbi tedaviye iyi cevap verdiği göz önüne alındığında ayırıcı tanısında akut pankreatit bulunan cerrahi akut karın hastalarında tanıya yönelik ileri tetkik yöntemleri daha etkin kullanılarak gereksiz laparatomilerden mutlaka kaçınılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Mortalitenin bu grupta azalıyor olması İÖP'in kendini sınırlayan bir hastalık olmasına bağlanabilir. Bu seride hastaların %94.5'inde cerrahi endikasyon akut karın bulgularının olması, takiplerinde kliniğin kötüye gidişi yada akut karın bulgularının ortaya çıkmasıyla konulmuştur. Hastalar hastaneye ilk başvurularından 8-72 saat sonra ameliyat edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hasta grubunun 18 yıllık geniş bir zaman periyodu içinde olması, zaman içinde tanı ve tedavi protokollerindeki

**TABLO 7: NEKROTİZAN PANKREATİT TANISI ALMIŞ 24 HASTADA YAPILAN AMELİYATLAR**

Ameliyat tipi	Sayı	%	Mortalite	%
Laparotomi + drenaj	5	21	2	40
Kolesistektomi ± T-tüp drenaj	8	33	4	50
Nekrozektomi + postoperatif lavaj ± kolesistektomi	11	46	3	27
Planlı relaparotomi	2	8	1	50

değişikliklerin gözden geçirilebilmesine de olanak sağlamıştır. Son yıllarda ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, ERCP ve MRCP'nin daha kolay ve yaygın, yoğun bakım ve laboratuvar olanaklarının daha etkin kullanılabilirliği tanı ve tedavi protokollerinde değişikliğe neden olmuştur. Bu seride ayırıcı tanısında akut pankreatit olmayan (%8.5) hastaların ve ameliyat sonrası İOP tanısı alan hastaların (tüm olgularda %41, akut karın bulgusu olanlarda %37.9) yüksekliği ve bu oranların çalışmaya dahil edilen olgularda son 5 yıllık zaman diliminde %7.8'e düşmesi bu olanakların önemini açıkça ortaya koymaktadır. Son 5 yıl içindeki hasta grubu göz önüne alındığında, yoğun bakım şartlarında yakın monitörizyon, intravenöz hidrasyon, parenteral narkotik analjezik uygulanması, hastanın klinik durumuna göre enteral yada parenteral beslenme desteği sağlanması yada ağızdan beslenmenin kesilmesi, nekrotizan pankreatit olgularında gerektiğinde antibiyotik kullanılması gibi konzervatif yöntemler kliniğimizde öncelikli gelmektedir. Şiddetli safra taşı pankreatiti ile birlikte yükselen yada yüksek kalmaya devam eden bilirubin seviyeleri ve dilate intrahepatik safra yolları olan hastalara ameliyat öncesi erken dönemde (hastaneye kabulünden sonraki 72 saat içinde) ERCP yapılmakta, eğer ana safra kanalında taş bulunursa sfinkterotomi yapılmaktadır. Şiddetli pankreatit kliniği düzelme eğiliminde, hafif yada orta derecede biliyer pankreatiti olan, kolanjit yada biliyer obstrüksiyon bulguları olmayan hastalar izlenmekte ve atak yatıştıktan sonra, aynı yatışta veya 4-6 hafta sonra kolesistektomi yapılmaktadır. Bu seri laparotomi yapılan akut pankreatit hastalarını içerdiğinden kolesistektomi gerektiren hastalarda açık kolesistektomi yapılmıştır. Bu grup dışında kalan ve tıbbi tedavi ile bulguları gerileyen hastalara yaklaşımımız laparoskopik kolesistektomi yapılması şeklindedir.

Cerrahi endikasyonlar konusunda çeşitli tartışmalar olmasına rağmen, enfekte pankreatik nekroz varlığı genel olarak kabul gören cerrahi endikasyondur. Enfeksiyonun ortaya konulabilmesi için önerilen yöntem ise kontrastlı dinamik bilgisayarlı tomografi (BT) ve ince iğne aspirasyonu ile alınan örneğin mikrobiyolojik incelemesidir (6,7,18,19). Bizim serimizde kontrastlı dinamik BT ve aspirasyon biopsisi yöntemi kullanılarak enfekte nekroz tanısı alan ve ameliyat endikasyonu konulan 5 hasta vardır. Bu yöntem hastanemizde ancak son yıllarda kullanılmaya başlamıştır.

Akut pankreatitin cerrahi tedavisinde değişik

yöntemler tanımlanmıştır. Bu yöntemleri karşılaştırılan prospektif randomize bir çalışma olmaması nedeni ile bunların birbirlerine üstünlükleri gösterilememiştir. Tüm operatif girişimlerde ortak nokta nekrotik pankreatik dokunun dikkatlice debridmanı olmasına karşın drenaj yöntemleri değişiklik göstermektedir (4,5,9,23). Genel olarak drenaj yöntemleri kapalı (sump), yarı-kapalı (devamlı olarak bursa omentalisin yıkanması), ve açık (açık kapama = open packing) olarak sınıflandırılabilir. Bradley'in çalışmasında 46 enfekte pankreatik nekroz hastası açık yöntemle tedavi edilmiş ve mortalite hızı %17 olarak bulunmuştur<sup>4</sup>. Aynı grubun serisinde konvansiyonel kapalı teknikle tedavi ettikleri hastalarda ise mortalite hızı %55 olmuştur. Beger'in serisinde ise yarı kapalı yöntem kullanılmış ve mortalite hızı %15.2 ve reoperasyon oranı %27 olarak bulunmuştur<sup>5</sup>. Kliniğimizde nekrotizan pankreatit vakalarında çoğunlukla nekrozektomi/debridman ve sump drenaj yöntemi benimsenmekte ve ameliyat sonrası drenaj lavaj uygulanmaktadır. Bizim çalışmamızda ortalama lavaj süresi 4 gün, miktarı ise 6000 ml/gün olarak bulunmuştur. Gelen sıvıda partikül görülmediği zaman yıkamalar kesilmiştir. Bu yöntemle canlı pankreatik doku korunarak sadece ölü dokuların debridmanı yapılmakta ve aynı zamanda bakteriyel ve biyolojik olarak aktif bileşiklerin cerrahi dışı bir yöntemle ortamdaki uzaklaştırılması sağlanmaktadır. Ayrıca reoperasyon gerekliliği azalmakta ve genellikle abdominal apse oluşumu azaltılmaktadır. Bu yöntemin morbiditesinin (pankreatik fistüller, gastrik çıkım sendromu, intestinal loopların kompresyonu yada stirikürü, insiyonel herni, trakeostomi gerekliliği) açık yöntemle kıyasla daha az oranda olduğu öne sürülmektedir (5). Üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle 2 hasta, devam eden pankreatik nekroz ve/veya apse varlığı nedeniyle 4 hasta, eversion nedeniyle 1 hasta, peptik ülser perforasyonu nedeniyle 1 hasta tekrar ameliyat edilmiştir.

Tablo 7'de nekrotizan pankreatit nedeniyle ameliyat edilen 24 hastada uygulanan cerrahi yöntemler verilmiş ve bu yöntemlerin mortaliteye etkisi yönünden aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Akut pankreatitin prognozunun belirlenmesinde değişik skorlama sistemleri kullanılmaktadır. Kliniğimizde tüm hastalar için Ranson kriteri hesaplanmaktadır. Bu çalışmaya dahil edilen hastalar için Ranson kriterlerinin mortalite açısından duyarlılığı %44.4, seçiciliği %75; morbidite açısından ise sırasıyla %40 ve %76.9 olarak

bulunmuştur. Ranson kriterlerinin ilk kabulde 3 ya da daha yukarı olması mortalite ve morbidite açısından anlamlı olmakla birlikte düşük olması klinik seyir hakkında yeterli olmamaktadır. Banks' in çalışmasında, ilk 48 saat içinde 3 ve daha yukarı Ranson, 8 ve daha yukarı APACHE II skoru hastalığın şiddetinin belirlenmesinde değerli en erken kriterler olarak kabul edilmiştir (10,17). Bizim hasta grubumuzda istatistiksel değerlendirme için yeterli sayıda hastada hesaplanmamakta birlikte, yoğun bakım hastalarında hastalığın şiddetini belirlemede kullanılan APACHE II skora sisteminin Ranson kriterleri ile birlikte kullanımının prognozun belirlenmesinde yararlı olacağı kanısındayız.

Sonuç olarak akut pankreatitler benzer klinik tablolarla karşımıza çıkan fakat her bir hasta için farklı seyir gösteren bir hastalık grubudur. Takip ve tedavisi mutlaka yoğun bakım, eğitilmiş personel ve gelişmiş tıbbi imkanlar gerektirmektedir. Hastaların takibinde organ disfonksiyonunun belirlenmesi açısından değişik skora sistemlerinin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Mortaliteyi belirleyen en önemli faktör pankreasta nekrozun varlığıdır. Bizim hastalarımızda cerrahi tedavi gerekçesi olarak akut karın bulguları önde gelmekle birlikte, cerrahinin zamanlaması ve endikasyonları hastaya, hastanın tedavi gördüğü merkezin deneyimine göre değişebilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Beger HG: Surgery in acute pancreatitis. *Hepato-gastroenterology* 1991; 38: 92-96.
2. Rau B, Uhl W, Buchler MW, Beger HG: Surgical Treatment of infected necrosis. *World J Surg* 1997;21: 155-161.
3. Beger HG, Rau B, Mayer J, Pralle U: Natural course of acute pancreatitis. *World J Surg* 1997;21: 130-135.
4. Bradley L: Operative management of acute pancreatitis: Ventral open packing. *Hepato-gastroenterology* 1991;38:134-138.
5. Beger HG: Operative management of necrotizing pancreatitis-Necroectomy and continuous closed postoperative lavage of lesser sac. *Hepato-gastroenterology* 1991;38:129-133.
6. Rau B, Uhl W, Schoenberg MH, Berger HG: Management of sterile necrosis in instances of severe acute pancreatitis. *J Am Col Surg* 1995;181:279-288.
7. Banks PA: Infected necrosis: Morbidity and therapeutic consequences. *Hepato-gastroenterology* 1991;38:116-119.
8. Meyer P, Robert J, Clavien PA: Conservative treatment of acute pancreatitis. *Hepato-gastroenterology* 1991;38:124-128.
9. Branum C, Galloway J, Hirshowitz W, Fendley M, Hunter J: Pancreatic necrosis. *Annals of surgery* 1998;227:870-877.
10. Banks PA: Acute pancreatitis: Medical and surgical management. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:78-85.
11. Malfertheiner P, Kemmer TP: Clinical picture and diagnosis of acute pancreatitis. *Hepato-gastroenterology* 1991;38:97-100.
12. Farkas G, Marton Y, Szederkenyi E: Surgical strategy and management of infected pancreatic necrosis. *Br J Surg* 1996;83:930-933.
13. Ranson J: The role of surgery in the management of acute pancreatitis. *Ann Surg* 1990;211:382-393.
14. Ranson J: Etiological and prognostic factors in human acute pancreatitis: A Review. *Am J Gastroenterol* 1992;77:633-638.
15. Corfield AP, Cooper MJ, Williamson RC: Acute pancreatitis: A lethal disease of increasing incidence. *Gut* 1985;26:724-729.
16. Telatar H: Akut pankreatit. *Gastroenteroloji. Hekimler yayın birliği*. 1983, 930-931.
17. Mithöfer K, Mueller PR, Warshaw AL: Interventional and surgical treatment of pancreatic abscess. *World J Surg* 1997;21:162-168.
18. John HC, Ranson BM: Diagnostic standards for acute pancreatitis. *World J Surg* 1997;21: 136-142.
19. Tenner S, Banks PA: Acute pancreatitis: Nonsurgical management. *World J Surg* 1997;21: 143-148.
20. Mergener K, Baillie J: Fortnightly review: Acute pancreatitis. *BMJ* 316:44-48, 1998.
21. Kelly TR, Wagner DS: Gallstone pancreatitis: A Prospective randomised trial of the timing of surgery. *Surgery* 104:600-605, 1988.
22. Baillie J: Treatment of acute biliary pancreatitis [edit]. *N Engl J Med* 336:286-287, 1997.
23. Barkin JS, Lankisch PG: *Gastroenterology Clinics of North America: Pancreas Update*. WB Saunders company. 28(3):661-671, 1999.

## YAZIŞMA ADRESİ:

Dr. Osman ABBASOĞLU  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi ABD, 06100  
Sıhhiye, ANKARA