

Safra Taşı Pankreatiti ve Tedavisi

The Treatment of Gallstone Associated Pancreatitis

Dr. Mustafa TİRELİ, Dr. Serdar KAÇAR, Dr. Ünsal AYBEN

SSK Tepecik Hastanesi
3. Cerrahi Kliniği
İZMİR

ÖZET: Safra taşına bağlı akut pankreatitler ülkemizde görülen akut pankreatitlerin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Bu çalışmada 65'i kadın, 21'i erkek, 86 hastada görülen 87 safra taşı pankreatitinin tedavi sonuçları sunulmaktadır. Hastaların 75'inde (%86.2) hafif; 12'sinde (%13.8) ağır akut pankreatit atağı vardı. Safra kesesi taşı ilk ultrasonografi ile ancak 68(%83.9) olguda, tekrarlanan incelemelerle ise 72 olguda (%88.9) gösterilebilmiştir. Koledok taşı bulunan 9 hastanın ancak 3'ünde preoperatif ultrasonografik inceleme ile taşa özgü bulgu elde edilebilmiştir. İlk ultrasonografide 35 hastada pankreasta patolojik bir değişiklik görülmüş; 24 olguda pankreas izlenememiş; 28 olguda da normal görünümü elde edilmiştir.

86 hastanın 73'ünde konservatif+cerrahi (70 elektif, 3 acil koşullarda) tedavi, 13'ünde yalnızca konservatif tedavi (1 erken ölüm, 6 ameliyatı red, 3 ağır kalp hastalığı engeli, 3 endoskopik sfinkterotomi) uygulanmıştır.

Bu seride 86 hastadan 6'sı (%7) kaybedilmiştir. Ölüm oranı hafif pankreatitlilerde %1.3; ağır akut pankreatitlilerde %41.7 olarak bulunmuştur. Hafif akut pankreatitliler önce konservatif sonra nüksü önlemeye yönelik biliyer cerrahi uygulanarak düşük mortalite ve morbidite oranıyla tedavi edilebilirler. Ağır akut pankreatitlilerde gelişen enfekte pankreatik nekroz ve bundan kaynaklanan multipl sistem organ yetmezliği, tedaviyi güçleştiren ve mortaliteyi arttıran asıl nedendir.

Anahtar Kelimeler: Safra taşı pankreatiti, Tedavi

SUMMARY: Gallstone-associated pancreatitis constitutes more than fifty per cent of cases with acute pancreatitis in Turkey. The treatment results of 86 patients (65 female and 21 male) with 87 acute attacks of gallstone pancreatitis were analyzed in this study. The course of disease was mild in 75 cases (86.2%) and severe in 12(13.8%).

YAZIŞMA ADRESİ: Dr. Mustafa TİRELİ
Kıbrıs Şehitleri Cad. No:20, D:403
Alsancak/İZMİR

Initial and repeated ultrasonographic examinations revealed gallbladder stones in 68(83.9%) and 72(88.9%) patients respectively.

Preoperative ultrasonography demonstrated features of gallstone in only 3 of 9 patients with common bile duct stone.

Initial ultrasonography revealed pathologic changes in 35, nonvisualization of pancreas in 24 and normal findings in 28 patients with acute pancreatitis.

Of the 86 patients; 73 underwent conservative and surgical treatment (elective and 3 emergency surgery). Thirteen patients were treated conservatively because of severe cardiac disease in 3, endoscopic sphincterotomy intervention in 3, objection of surgery in 6 and early hospital death in one patient.

Six patients died (7%) in these series. Mortality rate was 1.3% for mild and 41.7% for severe cases. Mild cases can be managed with initial conservative and subsequent relapse preventing biliary surgery with very low mortality and morbidity.

The main factor responsible for the high mortality and treatment failure in severe acute pancreatitis is the developing infected pancreatic necrosis which induces multiple system organ failure.

Key Words: Gallstone pancreatitis, Treatment

Ülkemizde görülen akut pankreatitlerin yarısından fazlasında nedenin safra taşları olduğu bildirilmektedir.¹³ Sık görülen bu tür pankreatitin tanımlanarak tedavisi, safra taşının sağlığını ile elde

edilebilir. Zira akut pankreatit atağı tedavi edilip, taşa yönelik girişimi ertelenen hastalarda %30-40 oranında pankreatit nüksü görüldüğü saptanmıştır.^{14,35} Buna karşılık, safra taşı pankreatitinde cerrahi girişim zamanının, pankreas lezyonlarında ise cerrahi girişimin şeklinin seçimindeki tartışmalar tam olarak giderilemediği gibi, son yıllarda erken endoskopik sfinkterotomi gibi yeni bir tedavi seçeneğinin de ortaya çıkması, tartışmalara yeni bir boyut kazandırmıştır.

Bu yazıda son 7 yılı aşkın süre içinde tedavi etme olanağı bulduğumuz 86 safra taşı pankreatitli olgunun tedavi sonuçlarını sunarak, bu tür pankreatitlerin güncel tanı ve tedavi ilkelerini gözden geçirmek amacındayız.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma Kasım 1987 ile Temmuz 1990 tarihleri arasında SSK İzmir Buca Hastanesi 1.Cerrahi; Temmuz 1990 ile Aralık 1994 tarihleri arasında SSK Tepecik Hastanesi 3.Cerrahi Kliniğinde tedavi edilen 86 hasta üzerinde yapılmıştır.

Akut pankreatit tanısı; 1. Normal değer in üç katından fazla kan amilaz düzeyine 2. Pankreatite özgü klinik belirti ve bulgulara, 3. Görüntüleme yöntemleri ya da ameliyat verilerine dayanılarak konmuştur. Safra taşı pankreatit ayırımında safra taşının ultrason ve/veya bilgisayarlı tomografi ile gösterilmesi ya da ameliyatta saptanması esas kabul edilmiştir. Safra taşı pankreatitinin diğer pankreatitlerden ayırımında ayrıca, SGOT, SGPT, amilaz, alkalin fosfataz gibi biyokimyasal incelemelerden de yararlanılmıştır. İlk 48 saat içinde tüm hastalarda Ranson²⁹ ve Imrie²⁶ prognostik kriterlerine bakılmış, ultrasonografik tetkik yapılmıştır.

Safra taşı pankreatiti tanısı konan hastalarımız Bradley³ ve Larvin McMahon¹⁶, un önerdiği parametreler göz önüne alınarak hafif ve ağır akut pankreatit olarak sınıflandırılmıştır. Hastalığın ağırlığını belirlemede Ranson, Imrie'nin çok faktörlü prognostik sistemlerinden ve bir kısım olguda da bilgisayarlı tomografi verilerinden yarar-

lanmıştır. Safra taşı pankreatiti tanısı konan bütün hastalarımızda konservatif tedaviye (nazogastrik aspirasyon, sıvı elektrolit verilmesi, analjezik vb) başlanmıştır. Ağır akut pankreatitliler yoğun bakıma alınıp monitorize edilmiş, tedaviye antibiyotik, atropin, nutrisyonel destek de eklenmiştir. Konservatif tedavi altında genel durumu kötüleşen, organ-sistem yetmezliği bulgusu ve/veya ağır sepsis gelişenlerde acil cerrahi girişim yapılmıştır. Pankreatit bulguları 3-5 günlük konservatif tedavi ile düzelenlerde ise cerrahi girişime engel bir yandaş hastalık veya başka bir neden yoksa ve hasta cerrahi girişimi reddetmemişse hasta klinikten çıkarılmadan safra taşı için cerrahi müdahale gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Bu araştırma periyodu içinde kliniklerimizde 132 olguda 134 akut pankreatit atağı tedavi edilmiş; bunların 86'sında (%65.1) safra taşı pankreatitten sorumlu bulunmuştur.

Bu çalışmanın materyalini oluşturan 86 olguda 87 akut pankreatit atağı görülmüştür. Hastaların 65'i (%75.6) kadın, 21'i erkekti. Olgular 20-84 yaşları arasında olup, yaş ortalaması 55.5 yıl olarak bulunmuştur.

Seksenaltı hastanın 80'inde safra kesesi taşı, 4'ünde primer koledok taşı, 2'sinde biliyer cerrahi sonucu unutulmuş koledok taşı vardı.

Kliniğimizde tedavi altına alınmadan önce 23 (%26.7) hastanın akut pankreatit atağı geçirip, bu nedenle başka hastanelerde tedavi gördükleri tespit edilmiştir.

Akut pankreatit tanısı koymada değişik parametreler yardımcı olmuştur. Bu konudaki bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir. Kan amilaz düzeyinin normal değer in üç katından az olduğu (<540 U/L) 7 olgudan birinde akut karın ön tanısı ile yapılan laparotomi bulgularına, diğer altı hastada pankreatiti düşündüren klinik belirti ve bulgulara eklenen tomografi verilerine dayanılarak tanı konmuştur.

TABLO 1: 87 akut pankreatit atağında tanı yöntemi

	Sayı
Amilaz+ klinik bulgu	45
Amilaz+ klinik bulgu+görüntüleme yöntemi	35
Klinik bulgu+görüntüleme yöntemi	6
Ameliyat bulgusu	1
TOPLAM	87

Bradley³ ve Larvin McMahon¹⁶ kriterlerine göre olgularımızın 75'inde (%86.2) hafif; 12'sinde (%13.8) ağır akut pankreatit atağı bulunuyordu. Ranson, Imrie prognostik sistemlerinin ve ilk 48 saat içinde çekilen tomografinin safra taşı pankreatiti bulunan hastalarımızdaki prognozu belirleme duyarlılığı, özgüllüğü ve doğruluk oranları Tablo 2'de arzedilmektedir. Tomografik tetkik (ilk 48 saat içinde) ancak 44 hastada (37'si hafif, 7'si ağır) çektirilebilmiştir. Ağır akut pankreatiti belirlemede tomografinin duyarlılık oranı prognostik sistemlerden düşük gibi görülmüşse de aradaki fark anlamsız düzeydedir. Buna karşılık tomografinin doğruluk ve spesifite oranının çok daha iyi olduğunu da kaydetmek gerekir. Ranson ve Imrie sistemleri arasında büyük bir paralellik olduğu da dikkatleri çekici niteliktedir.

TABLO 2: Çeşitli yöntemlerin prognozu belirleme kapasiteleri

	Sensitivite %	Spesifite %	Pozitif Prediktif Değer %	Doğruluk %
RANSON	83.3	84	45	83.9
IMRIE	75	85.3	45	83.9
TOMOGRAFİ	71	97	83	93

Safra taşına bağlı akut pankreatitin diğerlerinden ayırılmasında kan amilazı, SGOT, SGPT gibi biyokimyasal testlerden de yararlanılmıştır. Olgularımızda kan amilazı 60-10800 U/L arasında (ortalama 3077±423); SGOT 16-738 U/L arasında (ortalama 194.7±15.1) ve SGPT 14-846 U/L arasında (ortalama 173.1±13.7) bulunmuştur. Her üç testin sonuçları safra taşı pankreatitlilerde, diğer nedenlerle oluşan pankreatitlilerinkinden istatistiksel yönden de anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). Amilaz için 3000 U, transaminazlar için 100 cut off points alındığında testlerin daha da duyarlı oldukları görülmüştür.

Safra taşı pankreatitini ayırdetmede temel yöntem ultrasonografik muayene ile safra kesesi taşını göstermek olmuştur. Bütün olgularımızda yatıştan itibaren ilk 48 saat içinde ultrasonografik inceleme yapılabilmıştır.

Bazı hastalarımızda taşı göstermek için mükerrer ultrasonografik inceleme gerekmiştir. İlk ultrasonda 81 safra kesesi taşından 68'inde (%83.9) taşa özgü görüntü elde edilebilmiştir. Mükerrer muayenelerde taş 72 olguda (%88.9) kanıtlanabilmiştir. Buna göre safra kesesi taşını belirlemede ultrasonun duyarlılığı %88.9 pozitif değeri %100 olarak bulunmuştur. Kalan 9 hastadaki safra kesesi taşı tomografi ve ameliyat verileri ile kanıtlanmıştır.

Koledok taşını değerlendirmede ultrasonun daha da başarısız olduğu ortaya çıkmıştır. Ameliyat öncesi ultrasonda koledok taşı bulunduğu rapor edilen beş hastadan ancak ikisinde cerrahi girişimde koledokolitiazis saptanmıştır. Ameliyatta koledok taşı saptanan 9 olgumuzdan ancak üçünde ultrason ile koledokta taş belirlenebilmiştir. Ultrasonografik olarak koledokun genişlemiş bulunduğu 11 hastanın ise dördünde koledoktan taş çıkartılmıştır.

Pankreası izleme yönünden de ultrasonun yetersiz olduğu tespit edilmiştir. 87 atakta çekilen ilk ultrasonografide olguların ancak 35'inde (%40.2) pankreasla ilgili patolojik bir görüntü elde edilebilmiş; 24 olguda pankreas izlenememiş, 28 hastada normal görüntü elde edilmiştir. Daha sonraki günlerde tekrarlanan ultrasonografik incelemelerle patolojik görüntü oranı %45'e çıkarılabilmıştır.

Hastalarımızdaki genel tedavi şekli Tablo 3'de görülmektedir. Bu tabloda da görüldüğü gibi 80 hastadan 73'ü konservatif ve cerrahi; 13'ü ise yalnızca konservatif yöntemle tedavi edilebilmiştir. 70 olguda pankreatit bulguları yatıştıktan sonra nüksü önlemek için elektif cerrahi girişim yapılmıştır. Üç olguda konservatif tedavi sırasında acil girişim gerekmiştir. Bunların ikisinde genel durumun kötüleşmesi, birinde de akut karın düşünüldüğü için acil cerrahi girişime başvurulmuştur. Yoğun bakımda konservatif tedavi altına alınan bir olgumuz 24. saatte bütün çabalarla

rağmen multipl sistem-organ yetmezliği sonucu kaybedilmiştir. Hafif akut pankreatiti bulunan 12 hastada cerrahi girişim yapılamamıştır. Bunların altısı cerrahi girişimi reddedip klinikten ayrılmışlardır. Bunların içinden henüz bize pankreatit nüksü ile başvuran olmamıştır. Üç hastada ağır kalp hastalığı cerrahi girişime izin vermemiştir. Unutulmuş veya primer koledok taşı bulunan üç olguda ise endoskopik sfinkterotomi ile tedavi yoluna gidilmiştir.

TABLO 3: 86 hastadaki tedavi şekli

	Hafif Pankreatit	Ağır Pankreatit	Toplam
Konservatif + elektif cerrahi	62	8	70
Acil cerrahi girişim	-	3	3
Konservatif tedavi altında ölen	-	1	1
Yalnız konservatif tedavi	12	-	12
TOPLAM	74	12	86

Temel ilkelerini daha önce vurguladığımız konservatif tedavi kliniğimize yatırılan bütün hastalarımızda uygulanmıştır. Hafif pankreatitlilerde beş günlük bu tedavi ile klinik belirti ve bulgular hızla düzelmiş ve hasta oral beslenmeye kolayca geçmiştir. Ağır akut pankreatitlilerde bu tedavi daha uzun sürmüştür. Birçok hasta beş günden sonra başlanan oral beslenmeye tahammül edememiştir.

Konservatif tedavi ile yakınmaları düzelen hafif pankreatitli 62; ağır pankreatitli 8, toplam 70 hastada elektif koşullarda definitif biliyer cerrahi tedavi uygulanabilmiştir. Yatış gününden itibaren elektif cerrahi, hafif pankreatitlilerde ortalama 13.2; ağır hastalığı bulunanlarda 29.2 gün sonra yapılabilmektedir. Hafif hastalıkların 2/3'ü yatıştan itibaren 15 gün içinde elektif biliyer cerrahiye alınmışlardır.

Yetmişüç hastamızda elektif ve acil koşullarda safra yolları ve/veya pankreas lezyonu için yapılan cerrahi tedavi Tablo 4'de görülmektedir. 55 hastada yalnızca kolesistektomi, 13 vakada kolesistektomi+koledok eksplorasyonu ve primer koledok taşı bulunan üç olguda da yalnızca koledok eksplorasyonu uygulanmıştır. Koledoktomisi yapılan 16 olguda uygulanan yöntemler Tablo 4'de gösterilmektedir.

TABLO 4: 73 hastada uygulanan cerrahi tedavi

	Hafif Pankreatit	Ağır Pankreatit	Toplam
Kolesistektomi	59	9	68
Koledok Eksplorasyonu	14	2	16
T-tüp	6	2	
Sfinkteroplasti	3	-	
Koledoko-duo.	3	-	
Diğer	2	-	
Nekrozektomi-Kolesistektomi	-	1	1
Pankreas loju debridmanı	-	1	1
Reoperasyon	-	3	3
Nekrozektomi-Drenaj	-	-	-

Multipl sistem-organ disfonksiyonu başgösterdiği için acil cerrahi girişim uygulanan bir olguda, yalnızca pankreas loju debridmanı ve drenaj yapıp; postoperatif lavaj uygulanmıştır. Bir diğer hastada nekrozektomi+kolesistektomi aynı se- ansta gerçekleştirilmiştir. Ağır akut pankreatitli üç hastada pankreas loju drenajı ameliyat ve lavaj sonrasında enfekte pankreatik nekroz gelişmiş ve bu reoperasyon ile temizlenip lavaj yapılmıştır.

Toplam 16 hastada ameliyat öncesi ve sırası bulgulara dayanılarak koledok eksplorasyonu yapılmıştır. Dokuz hastada (%56.2) koledokta taş bulunmuştur. Negatif eksplorasyon oranının yüksekliği koledokun pankreatite bağlı normalden daha geniş olması, 1-2 mm çaplı küçük safra taşlarının sıkça varolması gibi yanıtıcı bulguların varlığına ve operatif kolanjiyografik tetkiki bu tür kuşkulu olgularda uygulama olanaklarının bulunmamasına bağlıdır.

Bu serideki sekiz hastada 11 akut pankreatit komplikasyonu görülmüştür. Bunlar, üç peripankreatik enfekte nekroz, bir nekroz ve apse, iki psödokist, üç multipl sistem-organ yetmezliği, iki solunum yetmezliğidir. İki psödokist spontan olarak iyileşmiştir. Pankreatik nekroz cerrahi debridman ve lojun uzun süreli lavajı ile tedavi edilmiştir.

Bu serideki 86 hastadan 6'sı (%7) kaybedilmiştir. Ölüm oranı hafif pankreatitlilerde %1.3; ağır akut pankreatitlilerde %41.7 olarak bulunmuştur. Hafif pankreatiti bulunan bir hastamız definitif safra kesesi ameliyatından 10 gün sonra pulmoner emboli nedeniyle kaydedilmiştir. Kaybedilen ağır akut pankreatitli beş hastadan

ikisi ilk 48 saat içinde (biri yalnızca konservatif, diğeri konservatif+cerrahi tedavi) her türlü tedaviye rağmen hızla gelişen multipl sistem-organ yetmezliği ile öldüler. Kaybedilen diğer üç ağır pankreatitlide enfekte pankreatik nekroz vardı. Cerrahi yöntemle nekroz temizlenip lavaj yapılmasına rağmen gelişen sepsise bağlı multipl sistem-organ yetmezliği hastaların ölüm nedeni olmuştur. Ağır akut pankreatitlilerdeki ölüm oranımızın yüksekliğinin en önemli nedeni kaybedilen beş hastadan dördünün önce başka hastane ve kliniklerde tedavi edilip, sistem-organ yetmezliği bulgularının belirmesinden sonra kliniğimizde tedavi altına alınmalarıdır.

Beşi hafif, ikisi ağır pankreatitli 7 olguda çeşitli postoperatif komplikasyonlar (iki solunum yetmezliği, iki pankreatit nüksü, bir koledokta taş unutulması, bir duodenal ileus, iki aritmi) meydana gelmiştir. Pankreatit nüksü birinci olgu hafif akut pankreatit atağına sahipti ve konservatif tedavi ile iyileşti. Hastada yapılan incelemelerle safra taşı ve diğer bir pankreatit nedeni ortaya çıkarılmadı. İdiopatik pankreatit sayılıp klinikten çıkarıldı. İki ay sonra bu olgu ağır pankreatit atağı ile yatırıldı ve ilk ultrasonografik tetkikte koletiyazis saptandı. Hasta beş günlük konservatif tedaviden sonra ameliyat edildi ve iki yıldır hiçbir sorunu yoktur. İkinci nüksü olgu önce ağır akut pankreatit atağı ile geldi ve yatırıldı. Konservatif tedaviden sonra kolesistektomi ameliyatı geçirdi ve iyileşerek çıkarıldı. Hasta bir ay sonra pankreatit nüksü ile başvurdu. Rutin incelemelerle ve yapılan ERCP ile pankreatit nedeni aydınlatılamadı. İdiopatik bir atak sayılıp taburcu edildi. Bir yıldır hiçbir sorunu bulunmamaktadır.

TARTIŞMA

Safra taşı pankreatiti tüm pankreatitlilerin Amerika Birleşik Devletlerinde %30-40'ını^{24,29}, Batı Avrupa ülkelerinde %44-55'ini^{6,12,16,27} oluştururken, ülkemizde görülen pankreatitlerin %60'ını meydana getirmektedir.¹³

Safra taşının ampulla vateride oluşturacağı geçici veya kalıcı; kısmi veya tam bir obstrüksiyon safranın pankreas kanalına reflüsüne ve aynı an-

da safra pankreas salgısının duodenuma akışına engel olarak akut pankreatite sebep olabileceği bugün için kabul edilen bir görüştür.^{1,14,15,27,35} Hareketli bir taşın papilla vateride oluşturabileceği geçici bir obstrüksiyon veya ödem bile safranın pankreatik kanala reflüsüne yol açabilmektedir.^{1,35}

Pankreatitin ağırlığı ile taşın bağlı ampuller tıkanması arasında bir ilişki var mıdır? Bu konuda farklı görüşler vardır. Kelly¹⁵ taşın pankreatitin başlamasında etkili olduğuna, doku hasarının ağırlığında rolü olmayacağına inanmakta ve ampulla ya sıkışmış taş bulunanlarda erken girişim ile taşın çıkarılmasının pankreatitin seyrini etkilemeyeceğini belirtmektedir. Bu görüşü destekleyen kanıtlar vardır. Pankreatit geçirmiş hastaların ameliyatı sırasında çekilen operatif kolanjiyogramlarda kontrast maddenin pankreatik kanal içine reflü oranı, normal insanlarınkinden çok daha yüksektir.^{14,35} Ayrıca safra taşı pankreatiti geçiren hastaların %85-95'inin feçeslerinin tetkikinde safra taşına rastlanırken, kontrol grubundaki hastalarda bu oran %8-11 düzeyine inmektedir.^{1,35} Aynı şekilde, akut pankreatit atağında itibaren 2-3 gün içinde ameliyat edilenlerde yüksek bir oranda (%35-85) koledokolitiazis saptanması, pekçok olguda taşın papilladan sputan olarak geçebileceğine işaret etmektedir.^{1,14,33}

Buna karşılık bazı araştırmacılar^{1,33} uzun süreli ampuller tıkanmanın nekrotizan pankreatite yol açabileceğine ve erken girişimle taşın çıkarılmasının prognozu olumlu yönde etkileyeceğini inanmaktadırlar. Bu görüşü destekleyen histopatolojik veriler ve klinik bulgular (safra taşı pankreatitinden ölen hastaların çoğunda ampulla sıkışmış taş saptanmıştır) rapor edilmiştir.^{7,35}

Safra taşı pankreatiti tedavisinin iki altın kuralı vardır. Bunlar pankreatit etiolojisinin ve ağrının erkenden belirlenmesidir.

Akut pankreatitli bir hastada safra taşını göstermede bazı sorunlarla karşılaşılabilir. Ultrasonografik incelemeyle ilk başlangıçta olguların %60-80'inde safra taşı görülebilir. Tekrarlanan incelemelerle bu oranın yükseltilebileceği bildirilmektedir.^{11,21,23} Pankreatitte oluşan parati-

ileusa bağlı gaz distansiyonu ve pekçok vakada safra taşlarının 1-2 mm çapta oluşu ultrasonografik incelemenin başlıca başarısızlık nedenidir. Koledok taşıını belirlemede, pankreas başı çevresinde artmış ödem ve enflamasyon nedeniyle daha yüksek bir başarısızlık oranı bulunmaktadır. Bizim serimizde ilk ultrasonografik tetkikte olguların %83.9'unda; yinelenen inceleme ile %88.9'unda safra kesesi taşı gösterilebilmiştir. Koledokolitiazise sahip 9 olgudan üçünde preoperatif ultrason bulgusu pozitif.

Akut safhada bilgisayarlı tomografinin de safra taşıını belirleme duyarlılığının düşük olduğu rapor edilmiştir.¹⁸ Hastalığı bulgularının yatışmasından sonra çekilen tomografide safra taşıını gösterme oranı artmaktadır. Ancak etiyojinin erkenden belirlenmesinin yararı düşünülürse tomografinin önemli bir eksiginin bulunduğu ortaya çıkar.

Safra taşı pankreatitini belirlemede bazı biyokimyasal testlerin (kan amilazı, SGOT, SGPT, alkalin fosfataz, bilirubin) yararlı olabileceğinden söz edilmiştir. Birçok araştırmacı^{8,10,11,19,20,34} bu testlerin birinin veya birkaçının birlikte safra taşı pankreatitilerde, diğer nedenle oluşan pankreatitlere göre, anlamlı derecede yüksek olduğu rapor etmiştir. Genel olarak bu konudaki veriler göz önüne alındığında, bu testlerin yüksek bir yalancı negatif oranı bulunduğu ve buna bağlı olarak safra taşı pankreatitini belirleme duyarlılığının %60-85; özgüllüğünün (spesifite) %70-90 oranları arasında olduğu söylenebilir.^{8,10,11,19,20,34} Bu testlerin duyarlılığı cut off points'leri yükseltilecek veya ultrasonografik inceleme ile birlikte kullanılarak artırılabilir.^{8,34,35} Sonuç olarak, biyokimyasal testlerin safra taşı pankreatitini belirleme kapasiteleri sınırlı olsa bile, bunların her yerde kolayca yapılabilme, maliyet, kısa sürede cevap alma gibi üstünlükleri vardır.

Görüntüleme yöntemleri (ultrason, tomografi) ile safra taşının ortaya konmadığı, fakat biyokimyasal testlerin safra taşı pankreatiti olabileceğini işaret ettiği hastalarda, ERCP tetkikine baş vurulmalıdır. ERCP'nin safra kesesi ve koledok taşlarını gösterme kapasitesinin ultrason ve tomografiden çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir.¹¹

Pankreatitin safra taşından ileri geldiği gösterildikten sonra, pankreatitin ağırlığını belirlemek gerekir. Çünkü hastaya uygulanacak tedavi yönteminin seçiminde, pankreatitin ağırlığının büyük bir belirleyici etkisi vardır. Günümüzde pankreatit ağırlığını ve prognozunu tahmin etmede birçok yöntemden yararlanılmaktadır. Çok faktörlü prognostik sistemler (Ranson, Imrie kriterleri), APACHE II skor sistemi, peritoneal lavaj, serum C-reaktif protein, bilgisayarlı tomografide en sık kullanılan yöntemlerdir.^{9,16,26,29,30} Günümüzde yaygın olarak faydalanılan çok faktörlü prognostik sistemlerin prognostik kapasiteleri arasında önemli bir fark olmadığı^{6,9}, bu yöntemlerin peritoneal lavaj ve klinik değerlendirmeye göre daha üstün oldukları tespit edilmiştir.⁶ Ranson, Imrie sistemlerinin doğruluk oranı yaklaşık %70-85 arasındadır. Bilgisayarlı tomografi ile Ranson, Imrie prognostik sistemlerinin karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda^{5,24} tomografinin daha olumlu sonuçlar verdiği rapor edilirken; bazı çalışmalarda da¹⁷ yöntemler arasında anlamlı bir üstünlük bulunamamıştır. Buna karşılık; APACHE II skor sisteminin, Ranson-Imrie parametrelerinden prognozu daha iyi bir şekilde belirleyebildiği saptanmıştır.¹⁶

Bizim olgularımızda, Ranson ve Imrie sistemleri arasında farklılık bulunamamasına karşılık; tomografinin spesifite ve doğruluk oranının bu sistemlerinkinden daha iyi olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Bütün dünyada yaygın olarak kullanılan Ranson, Imrie çok faktörlü prognostik sistemlerin eleştirilebilecek iki yönü vardır. Birincisi, örneğin Ranson sisteminde, sonucu almak için 48 saat beklemek gerekir. Bu ağır bir vaka için uzun bir süre olup, tedavide gecikmelere sebep olabilir. Buna karşılık, tomografi veya APACHE II'de birkaç saat içinde sonuç alınabilir.^{6,16} İkincisi, bu yöntemlerin tekrarlanabilme özelliği yoktur. Diğer bir ifade ile, hastada 48 saat geçtikten sonraki gelişmeleri gösteremez. Bu açıdan APACHE II ve tomografinin tartışılmaz bir üstünlüğü vardır. Bu her iki yöntem hastada gerektiği zaman yeniden bakılabilir^{6,16} ve durum değerlendirmesi yapılmasına fırsat verebilir.

Safra taşı pankreatitinin tedavisinin bazı tartışmalı yönleri vardır. Son yıllarda çok erken safhada uygulanabilen ERCP ve endoskopik sfinkterotomi (ES) sonuçları tartışmaları arttırmıştır. Pankreatiti hafif olanlarda tedavi şekli daha netleşmiş gibi görünmektedir. Hafif pankreatitilerde konservatif tedavi ile belirti ve bulgular yatıştıktan sonra hasta klinikten çıkarılmadan, safra taşının tedavisi için kolesistektomi yapılması konusunda görüş birliği vardır. Böyle hafif pankreatitli olgularda kolesistektominin ne zaman yapılacağı konusundaki tartışmalar devam etmektedir. Bazı cerrahlar^{1,28,33} ilk 72 saat içinde biliyer cerrahinin yapılmasının ampulla vateride oturmuş taşları erkenden tedaviye fırsat vereceğinden, prognozu olumlu yönde etkileyeceğini vurgulamaktadırlar. Bu görüşü paylaşanlar, erken cerrahi girişim ile tedavi ettikleri hastalarından elde ettikleri düşük mortalite-morbidite oranlarını da, kanıt olarak öne sürmektedirler. Fakat birçok cerrah, hafif pankreatitilerde bile, 5-6 günlük konservatif tedavi ile klinik belirti ve bulguları yatıştıktan sonra cerrahi girişimin yapılmasını önermektedirler.^{15,26,27,31,32} Biz de bu tutuma paralel olarak hareket edip, olgularımızın çoğunluğunda ilk 15 gün içinde definitif ameliyatı gerçekleştirdik. Hafif pankreatitilerde kolesistektomi girişiminin mortalite ve morbiditesi elektif bir kolesistektomiye eşdeğerdir. Yalnız ameliyat sırasında koledok taşını ortaya koyabilmek için mutlaka operatif kolanjiografi yapılmalıdır.²⁷ Hafif pankreatitilerde pankreasa yönelik bir girişime gerek yoktur. Pankreas lezyonu spontan iyileşecektir.²⁷

Ağır akut pankreatitilerin tedavisindeki belirsizlik ve tartışma daha fazladır. Bazı cerrahlar^{1,28,33} ampulla vateride sıkışmış bir taşın bu tür olgulardan sorumlu olduğu görüşünü benimseyerek, ilk 72 saat içinde acil cerrahi girişimi tavsiye etmektedirler. Buna karşılık diğer bazı araştırmacılar da böyle vakalarda erken cerrahi girişimin mortalite-morbiditesinin çok yüksek olduğunu ileri sürerek, önce yoğun bir konservatif tedavinin uygulanmasını önermektedirler.^{15,27,31} Erken ve geç dönemde uygulanan cerrahi girişimin sonuçlarını inceleyen ileriye dönük karşılaştırmalı çalışmaların sayısı ne yazık ki çok azdır. Yukarıdaki görüşleri savunan çalışmaların çoğu retrospektif ve kontrol grubu olmayan çalışma-

lardır. Kelly ve Wagner'in¹⁵ çalışması bu konudaki en önemli çalışmalardır. Bu prospektif karşılaştırmalı çalışmada 165 safra taşı pankreatitli hasta Ranson kriterlerine bakılarak izlenmiş; olguların 83'ünde 48 saat içinde, 82'sinde 4-20 gün arasında cerrahi girişim yapılmıştır. Genel olarak mortalite ve morbidite erken girişim yapılan hastalarda istatistiksel yönden de anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Ranson kriterlerine göre hafif pankreatiti bulunanlarda, erken ve geç girişimin mortalite ve morbiditesi benzer bulunmasına karşılık; ağır hastalığı olanlarda erken girişim mortalite ve morbiditesi geç girişime göre, istatistiksel yönden de anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu nedenle, yoğun konservatif tedavi altına alınan ağır akut pankreatitilerde, multipl sistem-organ disfonksiyon başgösterdiğinde veya kontrol altına alınamayan sepsinin varlığı halinde acil cerrahi girişim önerilmektedir.^{27,31}

Ağır akut pankreatitilerde koledok taşı ve/veya ampulla vateriye sıkışmış taş daha sık olarak görüldüğünden, ameliyata karaciğer dışı safra yolları iyi bir şekilde incelenmeli, papilladan duodenuma geçişin normal olduğundan emin olunmalıdır.^{2,27} Ağır vakalarda çoğu kere pankreas lezyonuna yönelik girişimler de gerekmektedir. Bu tür hastalarda seçilecek cerrahi yöntem konusunda büyük tartışmalar vardır. Erken evrede müdahale edilen nekrotizan pankreatite, debridman yapılacak dokunun net olarak belirlenmiş olmaması ve böyle vakalarda uygulanmış pankreas rezeksiyonlarının yüksek mortalite ve morbidite ile sonuçlanması nedeniyle, pek çok cerrah bu durumda pankreas lojunun mümkün olduğu kadar temizlenip, ameliyat sonrası uzun süreli lavaja olanak verecek şekilde drene edilmesi yeterli bulmaktadır.^{2,4,12,27,31} Bu tedavi birçok hastada yeterli olabilir. Ancak ağır pankreatitiler ameliyat sonrasında çekilen tomografilerle izlenmelidir. Eğer enfeksiyon odağı olabilecek peripankreatik nekroz ve/veya apse gibi komplikasyonların geliştiği tomografi ile saptanırsa, reoperasyon için tereddüt edilmemelidir.^{2,4,12,27,31}

Ağır akut pankreatitli 12 olgumuzdan üçünde ilk ameliyattan sonra pankreas loju lavajı yapılması

na rağmen peripankreatik nekroz ve/veya apse gelişmiş ve nekrotik odaklar reoperasyon ile temizlenmiştir.

ERCP'yi izleyen endoskopik sfinkterotomi (ES) ile koledok taşlarının başarılı bir şekilde tedavi edilebileceğinin gösterilmesi, ağır safra taşı pankreatitilerde mortalitesi yüksek acil cerrahi girişime çok iyi bir alternatif olarak görünmektedir. Son 15 yıl içinde ES koledok taşının tedavisi amacıyla yaygın olarak kullanıldı. Akut pankreatitilerde ERCP+ES'nin değerini ve yerini araştıran çalışmalar birkaç tane olmasına rağmen bazı noktalar da aydınlanabilmiştir. En önemli çalışma Neoptolemos ve ark.²² tarafından İngiltere'de gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar 121 safra taşı olgudan 59'unu 72 saat içinde ERCP+ES ile; 62'sini klasik konservatif yöntemle tedavi ettiler. Toplam mortalite grupları arasında benzer, morbidite konservatif tedavi grubunda daha yüksek çıktı. Hafif pankreatitilerde tedavi grupları arasında ölüm oranı ve komplikasyon sıklığı yönünden fark bulunamazken, ağır akut pankreatitilerde, ERCP+ES yönteminin mortalite ve morbiditesi anlamlı derecede düşük çıkmıştır.

Polonya'da Nowak ve ark.²⁵ 62 safra taşı pankreatitiliyi acil ES ile, 188 olguyu da konservatif yöntemle tedavi ettiler. Mortalite (%1-11) morbidite taşına bağlı ağır pankreatitilerde ES'nin cerrahiye iyi bir alternatif olabileceğini düşündürmektedir. Aynı şekilde bu veriler, hafif pankreatitilerde ES'nin önemli bir üstünlüğünün olmadığını göstermektedir. Ancak, aşağıdaki durumlarda da ES'nin yararlı olabileceği belirtilmiştir.²² Kolesistektomi sonrası unutulmuş taş veya nüksetmiş koledok taşına bağlı pankreatitilerde; ciddi bir yandaş hastalık nedeni ile ameliyat edilemeyen hastalarda.

Genel olarak safra taşı pankreatitilerinin tedavi mortalitesi %5-10 arasındadır. Bu oran hafif pankreatitilerde %0-5; ağır akut pankreatitilerde %15-35 seviyelerindedir.^{9,11,12,31,32} Toplam seride %7 olan ölüm oranı, hafif pankreatitilerde %1.3; ağır vakalarda %41.7 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, safra taşı pankreatitilerinin %80-85'i hafif şiddetteki pankreatitiler olup; bunlarda 3-5 günlük bir konservatif tedaviden sonra düşük bir morbidite-mortalite ile kolesistektomi yapılarak kesin tedavi elde edilebilir.

Ağır akut pankreatitiler ise az görülmesine rağmen, yüksek komplikasyon ve ölüm oranına sahiptirler. Yoğun bir konservatif ve bilinçli bir cerrahi tedavi ile mortalite-morbidite azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. Acasta JM, Rossi M, Galli OMR, Pellegrini CA, Slunner DB: Early surgery of acute gallstone pancreatitis. Evaluation of a systematic approach. *Surgery* 1978; 83:367-70.
2. Beger HC: Surgical management of necrotizing pancreatitis. *Surgical Clinics of North America* 1989; 69:529-49.
3. Bradley EL: A clinically based classification system for acute pancreatitis. *Archives of Surgery* 1993; 128:586-90.
4. Bradley EL, Allen K: A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis. *American Journal of Surgery* 1991; 161:199-25.
5. Clavian PA, Hauser H, Meyer P, Rohner A: Value of contrast enhanced computerized tomography in the early diagnosis and prognosis of acute pancreatitis. *American Journal of Surgery* 1988; 155:457-66.
6. Corfield AP, Cooper MJ, Williamson RCN et al: Prediction of severity in acute pancreatitis. Prospective comparison of three prognostic indices. *Lancet* 1985; 2:403-7.
7. Corfield AP, Cooper MJ, Williamson RCN: Acute pancreatitis. A lethal disease of increasing incidence. *Gut* 1985; 26:724-9.
8. Davidson BR, Neoptolemos JP, Leese T, Carr-Locke DL: Biochemical prediction of gallstone in acute pancreatitis. *British Journal of Surgery* 1988; 75:213-5.
9. Demmy TL, Burch JM, Felicino DV et al: Comparison of multiple parameter prognostic systems in acute pancreatitis. *American Journal of Surgery* 1988; 156:492-6.
10. Dougherty SH, Saltzstein EC, Reacock JB, Mercer LC, Cano P: Rapid resolution of high level hyperamylasemia as a guide to clinical diagnosis and timing of surgical treatment in patients with gallstones. *Surgery Gynecology and Obstetrics* 1988; 166:491-6.
11. Goodman AJ, Neoptolemos JP, Carr-Locke DL et al: Detection of gallstones after acute pancreatitis. *Gut* 1985; 26:125-32.
12. Günther HJ, Trede M: Acute pancreatitis. The role of early surgery. *Clinical Gastroenterology* 1991; 5: 773-86.
13. İşler M, Özütemiz Ö, Batru Y: Akut pankreatit. 119 olgunun irdelenmesi. *Klinik ve Deneysel Cerrahi Dergisi* 1993; 1:244-51.
14. Kelly TR: Gallstone pancreatitis. The timing of surgery. *Surgery* 1980; 88:345-50.
15. Kelly TR, Wagner DS: Gallstone pancreatitis. A prospective randomized trial of the timing of surgery. *Surgery* 1988; 104:600-5.
16. Larvin M, Mc Mahon MJ: Apache II score for assessment and monitoring of acute pancreatitis. *Lancet* 1989; II:201-4.
17. London NJM, Neoptolemos JP, Lacelle J et al: Contrast enhanced abdominal tomography scanning and prediction of severity of acute pancreatitis. *British Journal of Surgery* 1989; 76:268-72.

18. London ND, Neoptolemos JP, Bailey I, James R: Serial computed tomography scanning in acute pancreatitis. *Gut* 1989; 30:387-403.
19. Mayer AD, Mc Mahon MJ: Biochemical identification of patient with gallstone associated with acute pancreatitis of the day of admission to hospital. *Annals of Surgery* 1985; 201:68-75.
20. Millat B, Fingerhut A, Gayral F, Zazza JF, Brivet F: Predictability of clinicobiochemical scoring systems of early identification of severe gallstone associated pancreatitis. *American Journal of Surgery* 1992; 164: 32-72.
21. Mc Kay AJ, Imrie WC, O'Neill J, Duncan JG: Is an early ultrasound scan of value in acute pancreatitis. *British Journal of Surgery* 1982, 69:369-72.
22. Neoptolemos JP, Carr-Loke DL, London JL, Bailey JA et al: Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. *Lancet*, 1988; 2:979-83.
23. Neoptolemos JP, Hall AW, Finlay DF et al: The urgent diagnosis of gallstones in acute pancreatitis. *British Journal of Surgery* 1984; 71:203-3.
24. Nodestgaard AG, Wilson SE, Williams RA: Early computerized tomography as a predictor of outcome in acute pancreatitis. *American Journal of Surgery* 1986; 152:127-32.
25. Nowak A, Nowakowska DE, Dybicka J: Urgent endoscopic sphincterotomy vs conservative treatment in acute biliary pancreatitis. A prospective controlled trial. *Hepato-gastroenterology* 1990; 37(supp II): A5
26. Osborne DH, Imrie CW, Carter DC: Biliary surgery in the same admission for gallstone associated acute pancreatitis. *British Journal of Surgery* 1981; 68:758-61.
27. Poston GJ, Williamson RCN: Surgical management of acute pancreatitis. *British Journal of Surgery* 1990; 77:5-12.
28. Prokok JJ, Trostle DR: Early definitive surgery for acute pancreatitis associated with cholelithiasis. *American Journal of Surgery* 1986; 52:201-4.
29. Ranson JHC: Etiological and prognostic factors in human acute pancreatitis. A review. *American Journal of Surgery* 1982; 77:633-8.
30. Ranson JHC, Balthasar E, Gaccavale R, Cooper M: Computed tomography and the prediction of pancreatic abscess in acute pancreatitis. *Annals of Surgery* 1985; 201:656-65.
31. Ranson JHC: The role of surgery in the management of acute pancreatitis. *Annals of Surgery* 1990; 221:382-91.
32. Schwesinger WH, Page CP, Sirinek KR, Levine BA, Bradley J: Biliary pancreatitis. Operative outcome with selective approach. *Archives of Surgery*, 1991; 126:836-40.
33. Stone HH, Fahian TC, Dunlop WE: Gallstone pancreatitis. Biliary tract pathology in relation to time of operation. *Annals of Surgery* 1981; 194:305-12.
34. Tireli M, Uslu A, Demirçak A, Sanul AR: Safra taşına bağlı akut pankreatitin ayırıldılmesinde biyokimyasal tetkiklerin değeri. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1994; 10:160-5.
35. Winslet MC, Imray C, Neoptolemos JP: Biliary acute pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 1991p 38:120-3.