

Akut ve Rekürren Bilier Pankreatitte ERCP Bulguları

RESULTS OF ERCP IN PATIENTS WITH ACUTE AND RECURRENT BILIARY PANCREATITIS

Dr. Adem AKÇAKAYA, Dr. Orhan ALİMOĞLU, Dr. Atilla KARAKELLEOĞLU, Dr. Mustafa ŞAHİN

SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, 1.Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada akut bilier pankreatitli hastalar ile akut bilier pankreatit tanısı ile tedavi edilen ancak kolelizektomi yapılmayıp interval verilen ve rekürren bilier pankreatit gelişen hastalara uygulanan endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP), ultrasonografi (USG) ve biyokimya bulgularını değerlendirmek.

Durum değerlendirmesi: Akut bilier pankreatitli hastalara yapılacak endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi ve endoskopik sfinkterotomi (ERCP-ES) zamanlaması hâlâ tartışılmaktadır. Seçilmiş bilier pankreatitli hastalarda acil ERCP-ES ile taş ekstraksiyonunun hastalığın seyrini düzelttiğini gösteren yayınlar mevcuttur.

Yöntem: Endoskopi ünitemizde akut bilier pankreatit tanılı 65 hasta (Grup I) ile rekürren bilier pankreatit (Grup II) tanılı 21 hastaya ERCP uygulandı. Grup I'deki hastaların 49'u (%75) erkek, 16'sı (%25) kadın, yaş ortalaması 53±14 (19-80) iken; Grup II'de 12'si (%57) erkek, 9'u (%43) kadın, yaş ortalaması 54±16 (25-80) idi.

Çıkarımlar: USG değerlendirmesinde safra kesesinde Grup I'de 42 (%65) olgu ile 5 mm'den büyük taş en sık izlenirken, Grup II'de 12 (%57) olgu ile multipl küçük taş ve çamur en sık bulgu idi. Gruplar arasında istatistiki anlamlı fark vardı (p<0.001). USG'de koledok bulguları arasında anlamlı fark yoktu. ERCP'de koledok bulguları Grup I'de; 36 (%55) olgu ile en sık taşsız koledok iken Grup II'de 9 (%43) olgu ile en sık bulgu multipl küçük taş ve çamur idi. Gruplar arasında istatistiki anlamlı fark mevcuttu (p=0.004). Amilaz değerleri Grup I'de ortalama 3025±2383 IU/L, medyan 2175 IU/L iken Grup II'de ortalama 3037±2601 IU/L, medyan 1907 IU/L idi. Grupların amilaz, total ve direkt bilirubin, AST, ALT, LDH, GGT ve ALP değerleri arasında istatistiki anlamlı fark yoktu.

Sonuçlar: Rekürren bilier pankreatitte ERCP'de multipl küçük taş ve çamur tespit edilme oranı akut bilier pankreatitlerden fazla bulunmuştur. Safra kesesinde multipl küçük taş ve çamur bulunan hastalara erken dönemde yapılacak ERCP ve ES rekürrens oranını azaltacaktır.

Anahtar kelimeler: akut bilier pankreatit, rekürrens, ERCP-ES

SUMMARY

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is accepted for diagnosis and treatment of biliary tree stones in biliary pancreatitis (BP). Timing of ERCP is controversial for acute biliary pancreatitis (ABP). The aim of this study is to compare the results of ERCP, Ultrasonography (US) and biochemical analysis in ABP and in patients with recurrent biliary pancreatitis (RBP) who had conservative treatment. Sixty-five patients (Group I) with ABP and 21 patients (Group II) with RBP underwent ERCP. There were 49 (75%) male, 16 (25 %) female and mean age was 53±14 years (range 19 to 80) in group I. There were 12 (57%) male and 9 (43%) female patients, mean age was 54±16 years (range 25 to 80) in group II. Patients were divided into three subgroups according to the findings of US; absence of gallstone, gallstone >5 mm and multiple small stones or sludge. Besides, enlargement of common bile duct (CBD) was determined in both groups. US evaluation of the gallbladder revealed that gallstones >5 mm were the most common finding in group I (42 patients 65%), multiple small stones and sludge were the most common finding in group II (12 patients 57%). The difference was statistically significant between groups (p <0.001). There was no statistically significant difference between groups in terms of US findings. ERCP evalu-

ation of the CBD showed no stone in group I (36 patients 55 %), multiple small stones and sludge were the most common finding in group II (9 patients 43%). There was statistically significant difference between the groups ($p=0.004$) in terms of ERCP finding. Amylase, total bilirubin, indirect bilirubin, AST, ALT, LDH, GGT and ALP levels were not different statistically in any group. Multiple small stones and sludge rate in gallbladder is high in patients with RBP. Also the rate of multiple small stones and sludge in CBD was higher in patients with RBP than in patients with ABP. ERCP and sphincterotomy may reduce the recurrence rate in patients with RBP caused by multiple small stones and sludge.

Keywords: acute biliary pancreatitis, recurrence, ERCP-ES

GİRİŞ

Akut pankreatit gelişiminde en sık neden safra taşları, alkolizm ve travmadır. Safra taşları ve kronik alkolizm tüm pankreatit vakalarının %60-80'inin etiolojisinde rol oynar. Ülkemizde safra taşları en sık nedendir.^[1] Batı ülkelerinde akut pankreatitlerin %34-54'ünü akut bilier pankreatitler oluşturur.^[2,3,4]

Akut bilier pankreatitin patogenezi tam olarak aydınlatılmamış olmasına rağmen safra taşının Oddi sfinkterinde geçici olarak tıkanmaya yol açması ve safra veya duodenal içeriğin pankreatik kanala reflüsü sonucu oluştuğu görüşü kabul görmektedir. Bu patogeneze kanıt olarak semptomların başladığı ilk 24 saat içinde yapılan ERCP veya cerrahi girişimde yüksek oranda impakte taş bulunması gösterilmektedir. Ancak safra taşı hastalarının yalnız %3-7'sinde pankreatit gelişmesinden dolayı etiopatogenez halen tartışmalıdır.^[2-5]

Bilier pankreatit tanısı alkolik pankreatitin ekarte edildiği, görüntüleme yöntemlerinde safra kesesi ve safra yollarında taş, karaciğer enzimlerinde artmanın tespit edildiği durumlarda konur.^[3]

ERCP safra yollarındaki taşın tanı ve tedavisindeki en faydalı yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir.^[6] Seçilmiş bilier pankreatitli hastalarda acil ERCP ve endoskopik sfinkterotomi (ES) ile taş ekstraksiyonunun hastalığın seyrini düzelttiğini gösteren yayınlar mevcuttur. Bilier pankreatitli hastalara yapılacak endoskopinin zamanlaması hâlâ tartışmalıdır.^[7-13]

Bu çalışmada akut bilier pankreatitli hastalar ile akut bilier pankreatit tanısı ile tedavi edilen ancak kolesistektomi yapılmayıp interval verilen ve rekürren bilier pankreatit gelişen hastalara uygulanan Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi (ERCP), Ultrasonografi (USG) ve biyokimya bulguları değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kasım 1995-Mayıs 2001 tarihleri arasında SSK Vakıf Gureba Hastanesi, I. Cerrahi Kliniğinde akut bilier pankreatit tanısıyla tedavi edilen ve ERCP uygulanan 86 hasta çalışmaya alındı.

Bilier pankreatit tanısı şu kriterlere göre kondu; 1-Akut karın ağrısı; 2-Amilaz yüksekliği (1000U/l); 3- Görüntüleme yöntemleri ile bilier sistemde taş tespit edilmesi; 4- Alkol öyküsü, hiperkalsemi ve hiperlipidemi olmaması.

Hastalar iki gruba ayrıldı. İlk yatışında ERCP ve kolesistektomi yapılan 65 akut bilier pankreatitli hasta Grup I, kolesistektomi ve ERCP yapılmadan taburcu olan ve rekürren bilier pankreatit gelişen 21 hasta Grup II'de yer aldı. ERCP'den önce koledokta taş olup olmadığı biyokimyasal prediktif faktörler (AST, ALT, bilirubinler, alkali fosfataz, GGT, LDH), abdominal USG ve magnetik rezonans kolangiografi (MRK) yöntemlerinden biri veya birkaçı ile değerlendirildi. Grup I'deki hastaların ERCP-ES'leri ilk 72 saat içinde yapıldı. Grup II, akut bilier pankreatitli hastalara klinik olarak yaklaşımımız ilk yatışında taburcu olmadan kolesistektomi yapılması olmasına rağmen ameliyatı kabul etmeyen ya da anestezi alması riskli olan ve tedavi ile düzeliş kolesistektomi ve ERCP yapılmadan taburcu olan, sonradan pankreatit atağı geçiren hastalardan oluşuyordu. Pankreatitin şiddeti Atlanta klasifikasyonuna göre hafif ve ağır olarak belirlendi.^[14]

Abdominal ultrasonografi hastaneye başvuru- dan sonra ilk 24 saat içinde yapıldı. USG'de safra kesesi bulguları safra kesesinde taş olmayanlar, 5 mm'den büyük taş bulunanlar ve 5 mm'den küçük multipl taş ve/veya çamur bulunanlar olarak 3'e ayrıldı. USG'de koledok bulguları normal koledok bulguları, taş bulunan ve taşsız geniş koledok olarak sınıflandırıldı. ERCP'de koledok bulguları ise

Tablo 1. USG'de safra kesesi bulguları

	Grup I	%	Grup II	%
Taş yok	13	20	1	4.8
Taş (>5 mm)	42	64.6	8	38.1
Multipl küçük taş ve çamur	10	15.4	12	57.1
Toplam	65	100	21	100

$\chi^2:15$ sd:2 p:0.001

Tablo 3. ERCP'de koledok bulguları

	Grup I	%	Grup II	%
Taş yok	36	55.4	7	33.3
Taş (>5 mm)	22	33.8	5	23.8
Multipl küçük taş ve çamur	7	10.8	9	42.9
Toplam	65	100	21	100

$\chi^2:10,837$ sd:2 p: 0,004

taş tespit edilmeyenler, 5 mm'den büyük taş bulunanlar ve 5 mm'den küçük multipl taş ve/veya çamur tespit edilenler olarak 3'e ayrıldı. (Tablo 1-3).

Her iki gruptaki hastaların değerlendirilmesi yaş, cinsiyet, amilaz, total bilirubin, direkt bilirubin, AST, ALT, GGT, LDH, ALP değerleri, USG bulguları, ERCP bulgu ve komplikasyonları irdeyerek yapıldı.

İstatistiki değerlendirmede ortalama olarak; aritmetik ortalama, medyan, dağılım ölçütü olarak; standart sapma (SD), minimum ve maksimum değerler kullanıldı. USG ve ERCP bulgularında gruplara dağılım Ki-kare testi ile incelendi. Biyokimya değerlerinin iki grup ortalamaları Mann-Whitney U testi ile kıyaslandı. Anlamlılık sınırı 0.05 olarak kabul edildi. İstatistiki analizler SPSS for windows (ver. 10.01) ve Epiinfo programı ile yapıldı.

SONUÇLAR

Grup I'deki hastaların 49'u (%75) erkek, 16'sı (%25) kadın, yaş ortalaması 53 ± 14 (19-80) iken; Grup II'de 12'si (%57) erkek, 9'u (%43) kadın ve yaş ortalaması 54 ± 14 (25-80) idi. Grup II'deki 21

Tablo 2. USG'de koledok bulguları

	Grup I	%	Grup II	%
Normal	21	32.3	12	57.1
Taş var	15	23.1	2	9.5
Geniş taşsız koledok	29	44.6	7	33.3
Toplam	65	100	21	100

$\chi^2:4,509$ sd:2 p: 0,105

Tablo 4. Grupların USG'de koledok için spesifite ve sensitivite

	Akut	Rekürren
Sensitivite	%56(%21-%86)	%75(%19-%99)
Spesifite	%71(%58-%83)	%47(%23-%72)

(Parantez içi değerler %95 güven aralığı değerleridir)

hastanın 16'sına (%76) pankreatit atağının ilk tekrarında, 5'ine (%24) ise ikinci tekrarında ERCP yapıldı.

USG'de safra kesesinde Grup I'de en sık 5 mm'den büyük taş (n= 42, %65) mevcuttu. Bu hastaların 8'inde (%12) taş tek idi. Grup II'de en sık multipl küçük taş ve çamur (n= 12, %57) izlendi. Gruplar arasında istatistiki anlamlı fark vardı (p<0.001) (Tablo 1).

Gruplar arasında USG'deki koledok bulguları yönünden anlamlı fark yoktu (Tablo 2).

ERCP bulgularında Grup I'de 36 (%55) hastada koledokta taş yoktu ve bu hastaların 27'sinde (%41) taşsız geniş koledok tespit edildi. Grup II'de en sık (n= 9, %43) multipl küçük taş ve çamur tespit edildi. Bu grupta 7 (%33) hastada koledokta taş yoktu ve hastaların 4'ünde (%19) taşsız geniş koledok tespit edildi (Tablo 3). Gruplar arasında istatistiki anlamlı fark bulundu (p=0.004).

USG'nin koledok taşlarındaki spesifite ve sensitivitesi ERCP altın standart kabul edilerek hesaplandı ve grupların güven aralığının benzer olduğu görüldü (Tablo 4).

Amilaz değerleri; Grup I'de ortalama 3025 ± 2383 IU/L, medyan 2175 IU/L iken Grup II'de or-

Tablo 5. Biyokimya değerlerinin ortalama ve Mann-Whitney U testi ile p değerleri

		Aritmetik ort± SD	Medyan	Min	Max	p
AMILAZ IU/L	Grup I	3025±2383	2175	1043	15 540	0.680
	Grup II	3037±2601	1907	131	8900	
TBL mg/dl	Grup I	3,10±2,7	1.91	0.40	11	0.992
	Grup II	2,55±1,6	1.80	1.04	7.75	
DBL mg/dl	Grup I	1,97±2,3	1.01	0.16	12	0.751
	Grup II	1,55±1,3	0,9	0.30	5.51	
AST IU/L	Grup I	194±179	150	13	753	0.749
	Grup II	168±147	75	20	474	
ALT IU/L	Grup I	356±723	203	12	4748	0.942
	Grup II	215±198	106	76	534	
GGT IU/L	Grup I	445±852	252	40	5348	0.092
	Grup II	201±150	153.5	21	480	
LDH IU/L	Grup I	509±309	407	126	1593	0.403
	Grup II	569±321	487	220	1425	
ALP IU/L	Grup I	337±282	238	66	1063	0.225
	Grup II	423±244	358	187	1007	

Tablo 6. Komplikasyonlar

	Grup I	Grup II
Pankreatit alevlenmesi	2	1
Kanama	2	1
Perforasyon	0	1
Toplam	4(%6,1)	(%14,2)

ortalama 3037±2601 IU/L, medyan 1907 IU/L idi. Grupların Mann-Whitney U testi ile amilaz, total ve direkt bilirubin, AST, ALT, LDH, GGT ve ALP değerleri arasında istatistiki anlamlı fark yoktu (Tablo 5).

Atlanta klasifikasyonuna göre Grup I'de bir ve Grup II'de iki olgu ağır pankreatit idi.

ERCP sonrası Grup I'de 2 hastada, Grup II'de 1 hastada pankreatit bulgularında alevlenme gözlemlendi. Ayrıca birinci grupta 2 ve ikinci gruptaki 1 hastamızda sfinkterotomiye bağlı kanama oldu. Rekürren pankreatit grubunda bir hastada perforasyon sonrası retroperitoneal apse gelişti. ERCP

işlemine bağlı toplam morbiditemiz Grup I'de %6 iken, Grup II'de %14 idi (Tablo 6). ERCP işlemine bağlı mortalite gözlenmedi.

TARTIŞMA

Akut pankreatit etiyolojisinin belirlenmesi, tanı veya tedavi amaçlı girişimlerin planlanması ve rekürrens riski yönünden önemlidir. Bilier pankreatit tanısı alkolik pankreatitin ekarte edildiği, görüntüleme yöntemlerinde safra kesesi ve safra yollarında taş tespit edilen, özellikle serum hepatik transaminazlarının arttığı durumlarda konur.^[3]

Safra kesesi taşlarının tanısında USG'nin sensitivitesi %90-98 ve spesifitesi %94-98 arasında olup güvenilir inceleme yöntemlerinden biridir. Safra yollarında tıkanmanın araştırılmasında USG'nin spesifitesi %99 ve sensitivitesi %87 bulunmuştur. Tıkanmanın lokalizasyonunu belirlemede %92, etiyolojisini belirlemede %72 doğruluk oranı gösterir. Yalancı negatif sonuçlar (%5) oranında görülür. Son derece küçük taşlar, geniş safra kesesi, sistik kanalda taşın impakte olması, taşla dolu kontrakte kese yalancı negatiflik sebebi-

dir.^[13,15] Tham ve arkadaşları USG'nin koledok taşlarında sensitivitesini %86, spesifitesini %56 pozitif prediktif değerini %69, negatif prediktif değerini %78 olarak bulmuşlardır.^[15] Sugiyama ve Atomi'nin çalışmasında USG'nin koledok taşlarında sensitivitesi %63, spesifitesi %95, doğruluk oranı %83 olarak bulunmuş, taş çapının küçük ve koledogun genişlemediği durumlarda karın duvarı yağ oranı ve barsak gazları ile ilişkili olarak sensitivitenin düştüğü belirtilmiştir.^[17]

Çalışmamızda ilk veya rekürren pankreatit atağı ile başvuran hastalarda yapılan USG'de koledok bulguları yönünden istatistiki fark tespit edilmedi. ERCP bulgularına göre hesaplanan sensitivite ve spesifite değerlerinin düşük olduğu ve her iki grupta da güven aralığının benzer olduğu izlendi.

Bilier pankreatitte ERCP, safra yollarındaki taşın tanı ve tedavisinde en önemli yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. ERCP bilier sistemin detaylarının belirlenmesi, gözden kaçan küçük taşların tespiti ve etiopatogenezin aydınlatılmasında USG ve hatta bazı olgularda manyetik rezonans kolanjiografiden (MRK) daha fazla yarar sağlamaktadır.^[18] Fakat akut bilier pankreatitli hastalara yapılacak endoskopinin zamanlaması hâlâ tartışılmaktadır. Seçilmiş bilier pankreatitli hastalarda acil ERCP ve ES ile taş ekstraksiyonunun hastalığın seyrini düzelttiğini gösteren yayınlar mevcuttur. Ağır akut bilier pankreatitte erken dönemde ERCP uygulamanın faydası ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar yayınlanmıştır. Bu konuda ilk çalışma 1988 yılında Neoptolemos ve arkadaşları tarafından yayınlanmış, 121 hastalık çalışmada safra yollarında taş bulunan ve ilk 72 saat içinde ERCP-ES uygulanan hastalar ile konservatif olarak izlenen hastalar değerlendirilmiş ve acil ERCP-ES uygulanan grupta daha düşük morbidite ve mortalite oranı ile hastanede kalma süreleri kısa olarak bulunmuştur.^[12]

Fan ve arkadaşları tarafından yapılan 195 hastalık çalışmada 24 saat içinde ERCP ya da ERCP-ES uygulanan grup ile konservatif olarak izlenen grup karşılaştırılmış, sfinkterotomi yapılan grupta bilier sepsisin az olduğu, fakat mortalite ve morbidite yönünden bir fark olmadığı, en büyük faydanın kolanjitli hastalarda sağlandığı belirtilmiştir.^[9]

Nowak ve arkadaşlarının çalışmasında 250 hasta değerlendirilmiş, 67 hastaya papillada bulging bulunması ve taş şüphesi nedeniyle ES yapılmış, 24 saat içinde uygulanan ERCP ve ES'nin mortalite ve morbiditeyi belirgin olarak düşürdüğü

belirtilmiştir.^[11]

Norton ve Peterson'un yayınlarında ise 24-72 saat içinde yapılacak ERCP'nin ağır pankreatitli hastalarda belirgin fayda sağlayacağı, daha sonra yapılacak ERCP ve ES'nin orta ve hafif dereceli pankreatitlerde belirgin bir faydasının olmayacağı, fakat kolanjit şüphesi olan hastalarda ERCP ve ES'nin yapılmasının faydalı olacağı bildirilmiştir.^[3]

Diğer bir çalışma, 1997 yılında Almanya'da yapılan multisentrik bir çalışmadır. İki yüz otuz sekiz hastanın değerlendirildiği bu çalışmada erken ERCP-ES'nin tıkanma sarılığı yokluğunda akut bilier pankreatitte faydasının bulunmadığını bildirmektedir.^[10] Yalnız çok merkezli bu çalışma ERCP deneyimi yeterli olmayan merkezlerin de dahil edilmesi nedeniyle eleştirilmiştir.

Chang ve arkadaşları, çalışmalarında erken dönemde ERCP yaptıkları olguların %40'ında, geç dönemde ERCP yaptıkları olguların %28'inde koledokta taş bulmuşlar ve hastaların %3'ünde ERCP'ye bağlı komplikasyon geliştiğini bildirmişlerdir.^[8] Çalışmaların bazılarında sadece ağır pankreatitlerde ERCP ve ES'nin fayda sağlayacağı savunulurken, bazı çalışmalarda hastalığın ciddiyetine bakılmaksızın rekürrensi önlemek için ERCP ve ES'nin yapılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır.^[19,20] Akut bilier pankreatitlerde ERCP ve ES'nin etkinliğinin değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında da ERCP ve ES'nin mortalite ve morbiditeyi düşürdüğü belirtilmiştir.^[21]

Çalışmamızda akut dönemde ERCP yapılan olguların %55'inde, rekürren atakla gelen hastaların %33'ünde koledokta taş izlenmedi. Akut dönemdeki olguların %41'inde geniş koledok bulunurken %14 olguda koledok normaldi. Rekürren atakla gelen hastaların %19'unda koledok geniş iken %14'ünde koledok normal idi. Bu bulgular her iki grupta da ERCP uygulamanın hastaların %50'sinde terapötik amaçlı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle eğer tedavi amaçlı ERCP'ye ağırlık verilmesi istenecekse MRK gibi noninvaziv yöntemlerin daha fazla kullanılmasının gerekliliği düşünülmelidir. Bununla birlikte Ricci ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi bazı çalışmalarda akut bilier pankreatitli hastalara şiddetine bakılmaksızın erken dönemde ERCP ve ES'yi takiben laparoskopik kolesistektomi yapılması önerilirken, Scheurer'in çalışmasında ağır pankreatitlerde ve safra kesesinde multipl küçük taş ve çamur bulunan hastalar kolesistektomi yapılmış olsa da ERCP ve ES'nin rekürrensi önlemek için ya-

pılmasının gerekliliği belirtilmektedir.^[19,21] Ağır pankreatiti olan ve kolanjitli olgularda ilk 24-72 saat içinde yapılacak ERCP'nin klinik düzelmede belirgin fayda sağladığı bilinmektedir.^[3] Hastalarımıza biz de erken ERCP yapmaktayız. Hafif ve şiddetli pankreatit olgularının her ikisinde de ERCP sonrası klinik olarak rahatlama olduğunu gözlemledik. Ayrıca rekürren pankreatitli olgularda şiddetli pankreatit görme oranımız, ilk atak sırasında ERCP yapılan olgulardan her ne kadar hasta sayısı düşük olsa da yüksekti. Bu durum bize tekrarlayan pankreatitlerde hastalığın şiddetinin de artmakta olabileceğini düşündürdü.

Çeşitli nedenlerle ilk atak sırasında kolesistektomi yapılmayan olguların %30-50'sinde rekürrens görüldüğü bildirilmektedir.^[22] Testoni de çalışmasında ERCP ve ES yaptığı bilier pankreatitli olgularında %78.6 küratif sonuç aldığını ve rekürrens görmediğini bildirmektedir.^[18] Bizim başka bir çalışmamızda ilk atakta kolesistektomi yapılmayan olguların %61'inde rekürrens tespit edildi.^[23] Bu hastalara ilk veya ikinci ataklarında yaptığımız ERCP'de %43'ünde multipl küçük taş ve çamur tespit edildi. ERCP ve ES yapılan hastalarda rekürrens tespit edilmedi. ERCP sonrası birinci grupta iki hastada, ikinci grupta bir hastada pankreatit bulgularında alevlenme gözlemlendi. Bu 3 olguda laboratuvar değerlerindeki yükselmeye paralel olarak klinik rahatlama gecikti. Ayrıca birinci grupta 2 ve ikinci gruptaki 1 hastamızda sfinkterotomiye bağlı kanama oldu. Her iki gruptaki kanama da adrenalin enjeksiyonu ve balon ile kontrol altına alındı. Rekürren pankreatit grubunda bir hastada perforasyon sonrası retroperitoneal apse gelişti ve perkütan drenajla düzeldi. Toplam morbiditemiz ilk akut bilier pankreatit atağı esnasında yapılan ERCP'lerde %6 iken, rekürren pankreatitlerde bu oran %14 idi.

Sonuç olarak rekürren bilier pankreatitli olgularımızda safra kesesinde multipl küçük taş ve çamur bulunma oranı yüksekti. Buna paralel olarak ERCP'de koledokta multipl küçük taş ve çamur tespit edilme oranı daha yüksek bulundu. Ayrıca rekürren pankreatitli olgularda yapılan ERCP'ye bağlı komplikasyon oranı daha yüksekti. Akut bilier pankreatitli hastalarda safra kesesinde multipl küçük taş ve çamur bulunan hastalara yapılacak ERCP ve ES hem rekürrens oranını, hem de ERCP işlemine bağlı oluşabilecek komplikasyonları azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sayek İ.Temel Cerrahi.2. Baskı. Güneş Kitabevi, 1996:1319-1365.
2. Soetikno RM, Carr-Locke DL: Endoscopic management of acute gallstone pancreatitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1998; 8:1-12.
3. Norton ID, Petersen BT: Interventional treatment of acute and chronic pancreatitis. *Endoscopic procedures. Surg Clin North Am* 1999;79:895-911
4. Bank S, Indaram A. Causes of acute and recurrent pancreatitis. *Clinical considerations and clues to diagnosis. Gastroenterol Clin North Am.* 1999; 28:571-89,
5. Kelly T:Gallstone pancreatitis:The timing of surgery. *Surgery* 1980;88:345-349,
6. Akçakaya A, Karakelleoğlu A, Bingöl U ve ark.: İlk ERCP sonuçlarımız. *End-Lap ve Minimal İnvaziv Cerrahi.* 1998;5:109-112
7. Jakobs R, Riemann JF. The role of endoscopy in acute recurrent and chronic pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterol Clin North Am.* 1999; 28:783-800,
8. Chang L, Lo S, Stabile BE, et al: Preoperative Versus Postoperative Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Mild to Moderate Gallstone Pancreatitis. *A Prospective Randomized Trial. Annals of Surgery* 2000;231:82-87.
9. Fan ST, Lai ECS, Mok FPT, et al: Early treatment of acute pancreatitis by endoscopic papillotomy. *N Engl J Med* 1993;328:228-232
10. Folsch U, Nitsche R, Ludtke R, et al: Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. *N Engl J Med* 1997;336:237-242
11. Nowak A, Nowakowska-Dulawa E, Marek T, et al: Final results of the prospective randomized controlled study on endoscopic sphincterotomy versus conventional management in acute biliary pancreatitis [abstr]. *Gastroenterology* 1995;108:A380
12. Neoptolemos JP, Carr-Locke DL, London NJ, et al: Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute gallstone pancreatitis. *Lancet* 1988; 2:980-983
13. Mettler FA and Guiberteau MJ: Liver-spleen. In Mettler FA, and Guiberteau MJ, (eds.): *Essentials of Nuclear Medicine Imaging.* Philadelphia, W.B. Saunders, 1991,p.177.
14. Bradley EL: A clinically based classification system for acute pancreatitis. *Arch Surg* 1993;128:586-590
15. Kim EE, Moon TY, Delpasand ES, et al. Nuclear hepatobiliary imaging. *Radiol Clin North Am.* 1993;31:923-933
16. Tham TC, Collins JS, Watson RG, Ellis PK, McIlrath EM: Diagnosis of common bile duct stones by intravenous cholangiography: prediction by ultrasound and liver function tests compared with endoscopic retro-

- grade cholangiography. *Gastrointest Endosc* 1996; 44:158-163
17. Sugiyama M, Atomi Y. Endoscopic ultrasonography for diagnosing choledocholithiasis: a prospective comparative study with ultrasonography and computed tomography. *Gastrointest Endosc* 1997;45:143-146
 18. Testoni PA. Aetiologies of Recurrent Acute Pancreatitis: Acute or Chronic Relapsing Disease? *J Pancreas (Online)* 2001; 2:357-367.
 19. Ricci M D F, Castaldini M D G, de Manzoni M D G, et al. Treatment of Gallstone Pancreatitis: Six-year Experience in a Single Center. *World J Surg.* 2002; 26: 85-90.
 20. Testoni PA, Caporuscio S, Bagnolo F, Lella F. Idiopathic recurrent pancreatitis: long-term results after ERCP, endoscopic sphincterotomy, or ursodeoxycholic acid treatment. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:1702-1707.
 21. Scheurer U. Acute pancreatitis-ERCP/endoscopic papillotomy (EPT) yes or no? *Swiss Surg* 2000; 6:246-248.
 22. Delorio, A.V. Jr., Vitale, G.C., Reynolds, M., Larson G.M.: Acute biliary pancreatitis. The roles of laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Surg Endosc* 1995; 9:392
 23. Alimoglu O, Ozkan OV, Sahin M. 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

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlaması:

Dr. Adem AKÇAKAYA

Verilerin elde edilmesi:

Dr. Adem AKÇAKAYA,
Dr. Atilla KARAKELLEOĞLU

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Dr. Adem AKÇAKAYA, Dr.Orhan ALİMOĞLU,
Dr. Mustafa ŞAHİN

Yazının kaleme alınması:

Dr. Adem AKÇAKAYA, Dr.Mustafa ŞAHİN

İstatistik değerlendirme:

Dr. Adem AKÇAKAYA

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Adem AKÇAKAYA
Kızılelma cad No: 6 Kat 1
34280 Fındıkzade, İSTANBUL
Tel 0 212 633 39 09
Fax 0 212 587 17 86
e-mail aakcakaya-hotmail.com