

Akut biliyer pankreatitte laparoskopik kolesistektomi

Prof. Dr. Yaman Tekant

Sayın Editör,

Derginizin son sayısında akut biliyer pankreatitte (ABP) laparoskopik kolesistektomi (LK) konu alan iki makaleyi ilgiyle okudum (1,2). Her iki çalışma sonucunda hafif ABP'de klinik tablo gerilediğinde erken LK önerilirken, Sayın Girgin ve arkadaşları ağır ABP'de LK zamanlaması için klinik iyileşmeyi takiben 4-8 hafta beklemenin yararlı olacağını, ancak randomize çalışmalara gereksinim olduğunu belirtmişlerdir (2). Araştırma sayısının kısıtlı olduğu ülkemizde yaptıkları karşılaştırmalı klinik çalışmalar için yazarları kutlarken, bazı önemli metodolojik hata ve eksikliklere dikkat çekmek isterim.

1. Çalışma protokolünde bulunan ya da incelendiği belirtilen bazı değişkenlerin sonuçları verilmemiştir (örneğin; çalışma dışı bırakılan olgu sayısı (1,2), kan biyokimya değerleri (1,2), bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları (2) vb). Hatta tıkanma sarılığı düşünüldüğü için manyetik rezonans kolanjiopankreatografi yapılan hastaların bile kan biyokimya değerleri mevcut değildir (1).
2. Çalışma protokolü ve sonuçlar bölümünde bulunmamasına rağmen tartışma bölümünde ortaya çıkan veriler mevcuttur (örneğin; kolesistektomi bekleyen hastaların %36,7 oranında nüks pankreatit atağıyla başvurmuş olduğu (1), ağır ABP grubundaki 14 hastadan 12'sinin ilk yatışta ameliyat edildiği (2) vb).
3. Grupların karşılaştırmasında yandaş hastalıklar bulunmamaktadır (1,2).
4. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) endikasyonları (2) ve sonuçları (1,2) hakkında yeterli bilgi yoktur. Özellikle ağır ABP grubunda beş hastaya uygulanan ERCP'nin zamanlaması, bulgu ve sonuçlarının verilmemiş olması önemli bir eksikliklerdir (2). Bu grupta ERCP kolestaz varlığında ve ancak erken dönemde faydalı olabilir (3).
5. Erken LK uygulanan 80 hastayla geç LK uygulanan 6 hastayı karşılaştırmak hem sayısal açıdan, hem de farklı klinik tabloların bir arada ol-

ması nedeniyle sağlıklı değildir. Aynı çalışmada ABP hastalarında ameliyat süresinin semptomatik safra kesesi taşı grubuna oranla beş dakika uzun bulunmasının, istatistiksel olarak hayli anlamlı olsa da, klinik değeri nedir? (2).

6. On dört ağır ABP hastasının ne BT bulguları, ne lokal veya sistemik komplikasyonları ve tedavisi, ne de ERCP ve LK zamanlaması hakkında bilgi verilmiştir (2). LK açısından tartışma açığa geçiş ile sınırlı kalmış, erken dönemde bulunabilecek sıvı koleksiyonları veya psödokistin girişim sonucu enfekte olma olasılığı ile pankreas nekrozunun geç dönem enfeksiyonu gibi konulara değinilmemiştir (4,5).
7. Kaybedilen tek hasta hiç tartışılmamış, ERCP sonrası ve perioperatif klinik seyri, acil drenaj endikasyonu ve ameliyat bulguları açıkta bırakılmıştır (1).
8. Sayın Beyazit ve arkadaşlarının yazısının tartışma bölümünün farklı paragraflarında bazı cümlelerin aynen tekrar edildiği dikkat çekmektedir (1). Bu bölümde nüks pankreatit atağı oranı aynı kaynak kullanılarak iki farklı şekilde verilmektedir (%25-61 ve %25-63). Sonuç paragrafında ise çalışma verileri desteklemesine rağmen geç LK'ye göre erken LK'de ameliyat süresinin uzun olduğu ve diseksiyon güçlüğü yaşandığı belirtilmektedir (1).
9. Takip verileri bulunmamaktadır (1,2). Güvenilir kayıt bulunmasa bile yapılabilecek kontrollerle bu eksiklik en azından kısmen giderilebilir, amacı pankreatit nüksünü önlemek olan bu yaklaşımın etkinliği ölçülebilir.
10. Son olarak ciddi istatistiksel hata ve anlamsızlıklar bulunmaktadır (1). Örneğin; 108 hastanın yaş ortalamasının 52.37 ± 16.71 , şikayet süresinin 2.07 ± 1.73 gün, amilaz düzeyinin 1817.89 ± 1046.00 , ameliyata kadar geçen sürenin 49.68 ± 63.48 gün olması, vb.

Söz konusu eksikliklerin giderildiği ölçüde her iki çalışmadan daha fazla yararlanmamız mümkün olacaktır.

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
İstanbul

KAYNAKLAR

1. Beyazıt Ü, Taşkesen F, Böyük A ve ark. Akut biliyer pankreatitli olgularda erken ve geç laparoskopik kolesistektominin yeri. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2011;27(3):137-140.
2. Girgin M, Türkoğlu A, Ayten R, Çetinkaya Z, Mulla M, Binnetoğlu K. Akut biliyer pankreatitte laparoskopik kolesistektomi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2011;27(3):141-144.
3. Van Santvoort HC, Besselink MG, de Vries AC ve ark. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography in predicted severe acute biliary pancreatitis. A prospective multicenter study. *Ann Surg* 2009;250:68-75.
4. Nealon WH, Bawduniak J, Walser EM. Appropriate timing of cholecystectomy in patients who present with moderate to severe gallstone-associated acute pancreatitis with peripancreatic fluid collections. *Ann Surg* 2004;239:741-751.
5. Uhl W, Müller CA, Krahenbühl L, Schmid SW, Schölzel St, Büchler MW. Acute gallstone pancreatitis. Timing of laparoscopic cholecystectomy in mild and severe disease. *Surg Endosc* 1999;13:1070-1076.