

# Akut biliyer pankreatitli olgularda erken ve geç laparoskopik kolesistektominin yeri

Ünal Beyazıt<sup>1</sup>, Fatih Taşkesen<sup>1</sup>, Abdullah Büyük<sup>1</sup>, Zülfü Arıkanoglu<sup>1</sup>, Akın Önder<sup>1</sup>, Murat Kapan<sup>1</sup>, İbrahim Aliosmanoğlu<sup>1</sup>, Celalettin Keleş<sup>1</sup>.

Sayın Editör,

Ulusal Cerrahi Dergisi'nin son sayısında "Akut biliyer pankreatitli olgularda erken ve geç laparoskopik kolesistektominin yeri" konulu makalemize yapılan eleştirilere açıklık getirmeye çalışacağız:

- 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).

**CEVAP:** Ranson skoru  $\geq 4$  olan 23 hasta çalışma dışı bırakıldı, Ranson kriterlerindeki biyokimyasal değerler ile tıkanma ikterinde zaten artış olduğunu bildiğimiz bilirubin, GGT... gibi parametreleri tekrarlararak gereksiz tekrardan kaçınmak istedik.(Tablo 2)

- 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).

**CEVAP:** Çalışma protokolü ve sonuçlar bölümünde geçen (Tablo 3) hastaların şikayet süreleri ile operasyona kadar geçen süre gibi veriler içerisinde değerlendirilen tekrarlayan atak verisi tartışma kısmında oran verilerle değerlendirilmeye alındı. Yani nüks pankreatit atağı operasyona kadar geçen süre verisi içerisinde değerlendirilen bir veri idi.

- 3) Grupların karşılaştırmasında yandaş hastalıklar bulunmamaktadır (1,2).

**CEVAP:** Çalışmamızın amacı A. Biliyer Pankreatit'te morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörler değil, laparoskopik kolesistektominin zamanlaması hakkında deneyimlerimizi paylaşmaktır.

- 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).

**CEVAP:** Hastaların tamamında etiyolojik neden safra taşlarıydı. Ek olarak bir hastada hiperparatiroidi ve bir hastada ise hiperlipidemi mevcuttu. Hastalarımızın tamamında serum amilaz düzeyi normal üst düzeyinin en az 3 katından yüksekti. Hepsine USG yapılmış ve safra kesesinde taş saptanmıştı. USG'de İntrahepatik safra yolları ve koledokta genişleme saptanan ve biyokimyasal parametrelerinde tıkanma sarılığı paterni gösteren; grup-A'da 11, grup-B'de 8, toplam 19 hastaya MRCP çekildi. MRCP'de, Grup-A'da 9 hastada ve grup-B'de tüm hastalarda olmak üzere toplam 17 hastada koledokta taş tespit edildi. Diğer iki hastanın safra yollarında herhangi bir patoloji saptanmadı. MRCP'de taş saptanan 17 hastanın 16'sına ERCP ile endoskopik sfinkterotomi ve taş ekstraksiyonu yapıldı. Kalan bir hastada ise tıkanma paterninin olmaması, klinik ve laboratuvar düzelleme sağlanması nedeniyle ERCP'ye gerek duyulmadı.

- 5) Kaybedilen tek hasta hiç tartışılmamış, ERCP sonrası ve perioperatif klinik seyri, acil drenaj endikasyonu ve ameliyat bulguları açıkta bırakılmıştır (1).

**CEVAP:** Grup-A'da LK uygulanan ve preoperatif ERCP uygulanan 1 (% 2.17) hastada, postoperatif 3. gün nekrotizan pankreatit gelişmesi üzerine ikinci ameliyata alınarak drenaj uygulandı. Ancak hastada erişkin tip solunum sıkıntısı sendromu gelişti ve postoperatif 7. gün hasta kaybedildi.

Makalemizde de bahsedildiği gibi hastanın acil drenaj endikasyonu nekrotizan pankreatit idi. Hastaya perioperatif nekrozektomi + debridman uygulanmıştır.

- 6) Sayın Beyazıt 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).

**CEVAP:** Verilen farklı yüzdelerin maddi hatadan kaynaklandığını düşünerek, dikkatiniz için teşekkür ederiz. Fakat sonuç kısmı dikkatlice tekrar okunduğunda LK ameliyat süresi uzunluğu ve diseksiyon güçlüğü ifadeleri geç LK için söylenmiştir.

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Diyarbakır, Türkiye