

Akut Pankreatitli Olgularımızın Retrospektif Değerlendirilmesi

Refik AYTEN
Ziya ÇETİNKAYA
Akan YENİÇERİOĞLU

Fırat Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Elazığ-TÜRKİYE

Bu çalışma ile akut pankreatit tanısıyla takip edilen hastaların demografik özelliklerini, hastalığın etyolojisini ve tedavi sonuçlarını irdelemek.

Fırat Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim dalında 1996-2006 tarihleri arasında akut pankreatit tanısıyla takip edilen 129 hastanın demografik özellikleri, hastalık şiddeti, tedavi yöntemleri ve komplikasyonları retrospektif olarak incelendi.

Akut pankreatit tanısıyla takip edilen hastaların ortalama yaşı 58.2 olup, 47'si erkek, 82'si de kadın idi. Akut pankreatitin etyolojik nedeni; Hastaların 83'ünde safra taşı, 6'sında diüretik kullanımı, 3'ünde hiperlipidemi, 2'sinde alkol idi. Hastaların 34'ünde etyolojik neden ortaya konulamadı. Biliyer pankreatitli 83 hastanın 43'üne endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) uygulandı. Biliyer pankreatitli hastaların 36'sına akut pankreatitin yatışması sonrasında, 20 sine de persistan biliyer pankreatit nedeniyle ilk 48 saat içinde kolesistektomi uygulandı.. Şiddetli akut pankreatitli hastaların 5'ine nekrozektomi ve drenaj, ikisine planlı relaparotomi ile nekrozektomi, üçüne lokal anestezi altında peritoneal lavaj, birine tanısız diagnostik laparotomi yapıldı. Ortalama hastanede kalış süresi hafif olgular için ortalama 12.2, ağır olgular için 13.6 gündü. Mortalite 6 hastada gelişti (% 4,7).

Akut pankreatit potansiyel olarak mortal seyrebilen bir hastalıktır. Akut pankreatit etyolojisinde en sık biliyer nedenler rol oynamaktadır. Biliyer pankreatitli olguların tedavisinde ilk aşamada ERCP faydalı bir yöntemdir. Akut pankreatitin hala özgül tedavisi yoktur.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, etyoloji, tedavi

Retrospective Analysis of Acute Pancreatitis

In this study we evaluated the demographic features, etiological factors and the management of acute pancreatitis.

The data of 129 patients with acute pancreatitis between 1996-2006 at Fırat University General Surgery Department were evaluated retrospectively.

Mean age of the patients with acute pancreatitis was 58.2 years. Etiological factors were gallstones in 83, diuretic useage in 6, hiperlipidemia in 3 and alcohol in 2 patients. For 34 patients the etiological factor could not be determined. ERCP was performed to 43 patients with biliary obstruction with no complication. Cholecystectomy was performed in 36 patients following the acute pancreatitis attack and in 20 for the persistant biliary acute pancreatitis in the first 48 hours period. . In severe acute pancreatitis, 5 necrosectomy and drainage, two planned relaparotomy and necrosectomy, three peritoneal lavage under local anesthesia and one diagnostic laparoscopy were performed. Mean hospitalization times were 12,2 days for mild and 13,6 days severe acute pancreatitis. mortality rate was seen in 6 patients (%4,7).

Acute pancreatitis is potentially a mortal condition. Gallstones were the most common etiological factor . In gallstone acute pancreatitis ERCP is a useful method in the first stage of the disease although still a specific treatment of acute pancreatitis is lacking.

Key Words: Acute pancreatitis, etiology, management

Giriş

Akut pankreatit (AP), 1992 yılında Atlanta'da uluslararası bir konsensus konferansında, pankreasın çeşitli derecelerde etkilendiği lokal doku ve organ sistemlerinin iştirak edebildiği inflamatuvar bir süreç olarak tanımlandı (1). Klinik olarak akut pankreatit, karın ağrısına serumda normalin 3 katı seviyesinde amilazeminin (veya lipazemi) iştirak etmesi olarak tanımlanır (2,3). AP'nin yıllık insidansı 100000'de 5-80 kişi arasındadır. Alkol ve safra taşları, AP'nin iki en sık etyolojik nedenidir. AP'nin diğer nedenleri endoskopik retrograd pankreatografi, cerrahi, ilaçlar, HIV enfeksiyonu, hiperlipidemi ve bilier anomalilerdir. İdiopatik AP ise nedenin ortaya konmadığı durumları tanımlar (4).

Geliş Tarihi : 03.04.2007
Kabul Tarihi : 30.04.2007

Yazışma Adresi Correspondence

Refik AYTEN
Fırat Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Elazığ-TÜRKİYE

refikayten@yahoo.com

Hastalığın fizyopatolojisinin net anlaşılammış ve kompleks bir hastalıktır. Hastalığın prognozunu hastaneye başvuru anında belirlemek zordur. Özgül bir tedavisi de yoktur. Hastalık konservatif tedavi ile büyük bir oranda düzelmektedir. Şiddetli AP formunda ise erken yoğun bakım takibi, enteral besleme, endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi, sfinkterotomi, geniş spektrumlu antibiyoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır. AP potansiyel olarak fatal bir hastalık olup, mortalite %2.1 ile % 7.8 arasında bildirilmektedir.

Multi Organ yetmezliği ve pankreatik nekroz prognozunu belirleyen faktörlerdir. Ölümünün yarısı bir iki haftalık süreçte gözlenir. Nekrotizan pankreatit %10-20 oranında gözlenir ve mortalite %14-25 oranındadır. İyileşen hastaların 1/3 ile 1/5'inde diabet gibi fonksiyonel hastalıklar izlenebilmektedir (5).

Bu çalışmada amacımız akut pankreatitli hastaların demografik özelliklerini, hastalık etyolojilerini tanımlamak, tanı ve tedavi yaklaşımlarımızı tartışmaktır.

Gereç ve Yöntem

Fırat Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim dalında 1996-2006 yılları arasında akut pankreatit tanısıyla takip edilen 129 hasta çalışmaya dahil edildi. Veriler akut pankreatit için hazırlanmış özel formlardan elde edildi.

Tablo 1. Akut pankreatitli hastaların özellikleri

	Hafif akut pankreatit	Şiddetli akut pankreatit
Hasta sayısı (%)	76 (%58 ,9)	53 (%41,1)
Cinsiyet		
Erkek (%)	32 (%42,2)	15 (%28,3)
Kadın (%)	44 (%57,9)	38 (%71,7)
Ortalama yaş (yıl)	55.7 (19-85)	61.7 (16-85)
Etyoloji (%)		
Bilier	45 (%59,2)	38 (%71,7)
İdiopatik	26 (%34,2)	8 (%15,1)
Diüretik kullanımı	3 (%3,9)	3 (%5,7)
Hiperlipidemi	1 (%1,3)	2 (%3,8)
Alkol kullanımı	1 (%1,3)	1 (%1,3)
Ortalama yatış süresi (gün)	12,2±10,03	13,6±12,09
Mortalite	1	5

Tablo 2. Akut pankreatitli hastalarda yapılan cerrahi işlemler ve zamanları

	İlk 24 saat	24-48 saat	48 saatten sonra	Toplam
Laparoskopik kolesistektomi	1	1	36	38
Kolesistektomi+Koledok eksplorasyonu	7	8	3	18
Nekrozektomi	2	1	2	5
STAR				2
Peritoneal Lavaj	3			3
Tanısal Laparoskopi	1			1
Toplam	14	10	41	65

Karın ultrasonografisinde hastaların 59'unda(%45.7) pankreatit ile uyumlu bulgular mevcut iken, 50'sinde pankreas normal olarak değerlendirildi. 19 hastada ise pankreas değerlendirilemedi. 1 hastada pankreatik psödokist tespit edildi. Hastaları 47'sine karın tomografisi çekildi. 22 hastada ödematöz pankreatit, 4 hastada

Akut pankreatit tanısı; karın ağrısı, serum amilaz değerlerinin normalin 3 katı olması üzerine kondu. Etiyolojik nedeni ortaya koymak için safra kesesi ve yollarına yönelik karın ultrasonografisi yapıldı. Safra taşları dışındaki nedenler için; alkol - ilaç kullanımı sorgulandı ve kan lipid değerlerine bakıldı. Hastalık şiddetli Ranson kriterlerine göre 3'ün altı hafif akut pankreatit, 3 ve üzeri şiddetli pankreatit olarak sınıflandırıldı. Hastaların demografik özellikleri, hastalık şiddeti, ERCP ve ES yapılıp yapılmadığı, uygulanan ameliyat ve komplikasyonları kaydedildi.

Bulgular

Akut pankreatit tanısıyla yatırılan hastaların ortalama yaşı 58.2 (16-85) idi. İlk 48 saatte Ranson kriterlerine göre hastaların 76 'sı hafif akut pankreatit, 53'ü ise şiddetli pankreatit olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri etyolojik nedenler, hastanede kalış süresi ve mortalite oranları tablo 1 de verildi. Etiyolojik nedenler arasında en sık rastlanan neden safra taşı idi(%64.3), bunu, alkol kullanımı (%2.3), hiperlipidemi (%2.3), diüretik kullanımı (%4.7) izledi. Hastaların 34'ünde(%26.4) herhangi bir etyolojik neden saptanamadı.

pankreatik nekroz, 3 hastada pankreatik psödokist, bir hastada hemorajik pankreatit tespit edildi ve 17 hastada ise pankreas normal olarak rapor edildi.

Biliyer pankreatitli 43 hastaya endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) yapıldı. 21 hastada ERCP

ile ekstra hepatik safra yolları normal iken 22 hastada koledokta taş mevcuttu. Koledokta taş olan hastaların tamamında sfinkterotomi yapıldı ve taşlar çıkarıldı.

Biliyer pankreatitli hastaların 36'sına akut pankreatitin yatışması sonrasında 20 sine de persistan biliyer pankreatit nedeniyle ilk 48 saat içinde kolesistektomi uygulandı. Bu hastaların 38'inde cerrahi işlem laparoskopik olarak, 18'inde ise açık olarak gerçekleştirildi. Açık kolesistektomi yapılan hastaların tümünde koledok eksplorasyonu gerekli oldu. Geriye kalan 27 biliyer pankreatitli olgunun 8'inde ileri derecede ek hastalık vardı ve bunlarda pankreatit tedavisinde yalnızca ERCP ile sfinkteroplasti uygulandı. 19 hasta ise ileri bir tarihte ameliyatları planlanarak taburcu edildi. Şiddetli akut pankreatitli 53 hastanın 7'sine nekrozektomi yapıldı. Nekrozektomi iki hastaya planlı relaparotomi şeklinde uygulandı. Üç hastaya lokal anestezi altında peritoneal lavaj, bir hastaya tanısıl diagnostik laparoskopi yapıldı (Tablo 2). Nekrozektomi yapılan hastaların beşinde ve peritoneal lavaj yapılan hastaların birinde mortalite gelişti (% 4,7).

Tartışma

Akut pankreatit tanısı 1992'de Atlanta konferansında konulan kriterlerle karın ağrısı ve serum amilaz veya lipaz seviyelerinin normalin 3 katı olmasıyla konur. Serum lipaz değeri daha spesifiktir ve serumda aktivitesi daha uzun süre devam eder (6). Kliniğimizde rutin olarak amilaz kullanılmaktadır. Hastalığın şiddetini belirlemede bir çok laboratuvar parametre ve skorlama sistemleri kullanılmaktadır. McKay ve Imrei'ye sınıflandırması hastalığın şiddetinin ortaya konmasında, tedavi stratejisinin belirlenmesinde ve çalışmalar için hasta seçiminde önemlidir (7). Bu amaçla Ranson, Modifiye Glasgow, Multiple Organ System score (MOSS) ve APACHE II skorlama sistemleri kullanılmaktadır. Skorlama sistemlerinde ortak veri takipleri olmasına karşın farklı dotalar izlenmekte ve klinik ve laboratuvar şartlarına göre takipte sıkıntılar olmaktadır. Başvuru anında hastaları sınıflandırabilecek skorlama sistemleri, MOSS ve Glaskow gibi, daha spesifik olmasına rağmen (8), bu çalışmada Ranson kriterleri kullanıldı. Son 3 yıldır APACHE II skorlaması da kullanılmaktadır ancak tüm hastaları kapsamadığı için çalışmaya dahil edilmedi.

Karın ultrasonografisi pankreas boyutundaki genişleme ve inflamatuvar değişiklikler, ve etyolojik açıdan safra kesesi ve yollarının patolojilerinin tespitinde faydalıdır. Yöntemin dezavantajı kullanıcıya bağımlı olması ve karın içi gaz varlığı durumlarında

Kaynaklar

1. Bradley III EL. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, GA, September 11 through 13, 1992. Arch Surg 1993;128: 586–90.
2. Lankisch PG, Burchard-Reckert S, Lehnick D. Underestimation of acute pancreatitis: patients with only a small increase in amylase/lipase levels can also have or develop severe acute pancreatitis. Gut 1999;44:542–4.

değerlendirmenin yeterli olmamasıdır. Pankreasın görüntülenme oranı %62 ile %90 arasında değişmektedir (9). Tüm hastalarımıza başvuru anında acil şartlarda karın ultrasonografisi yapıldı. Bu çalışmada pankreasın görüntülenme oranı %85 idi. Seksen yedi hastada bilier etyolojinin tanımlanmasında faydalı oldu.

Bilgisayarlı karın tomografisi; klinik, laboratuvar ve karın ultrasonografisi ile tanı konulamayan durumlarda ve AP komplikasyonlarının tespitinde kullanılmaktadır. Son zamanlarda hastalığın erken dönemlerinde bilgisayarlı tomografi şiddet indeksi kullanılarak hastalığın sınıflandırılması kullanılmaktadır. Bu çalışmada bilgisayarlı tomografi ayırıcı tanı ve AP komplikasyonlarının tanımlanmasında kullanıldı (10).

Bilier nedenli AP'de safra yollarında taş varlığı ve kolanjit atağı erken dönemde ERCP, sfinkterotomi ve nazobilier drenajı gündeme getirmektedir (11). Bilirubinemisi olan ve kolanjit atağı geçiren 43 hastada ERCP uygulandı.

Safra kesesi taşlarına bağlı AP'de akut epizodun iyileşmesinden sonra elektif şartlarda kolesistektomi tavsiye edilmektedir (12,13). Yaşlı hastalarda ek patolojilerin mevcudiyeti nedeniyle ameliyat riskinin yüksek olduğu durumlarda endoskopik sfinkterotomi alternatif yöntemdir. Bu çalışmada hafif pankreatitli hastaların 28'ine laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Şiddetli AP'de ise 10 hastanın hepsine geç dönemde laparoskopik kolesistektomi uygulandı.

Günümüzde steril nekrozlu hastalarda ilk 10-15 gün içinde organ yetmezlikleri gelişse bile konservatif tedavi yaklaşımı konusunda fikir birliği oluşmuş gibi görünmektedir. Ancak bir kısım hastada yoğun tedaviye rağmen hastalık ilerleyici olabilir ve cerrahi gerekebilir. Bu grup hastalarda arteriyel kanama veya organ delinmesi gibi acil cerrahi girişim gerektiren durumlarda olabilir (14). Bu çalışmada çoklu organ yetmezliği ve pankreatik nekroz gelişen hastalarda kliniğin ilerleyici olması nedeniyle cerrahi uygulandı.

Sonuç olarak; Akut pankreatit potansiyel olarak mortal bir hastalıktır. Akut pankreatit etyolojisinde en sık biliyer nedenler saptanmaktadır. Biliyer pankreatitli olguların tedavisinde ilk aşamada ERCP faydalı bir yöntemdir. Bu olgularda pankreatitin yatışması sonrasında aynı hospitalizasyonda laparoskopik kolesistektomi uygulanabilir. Akut pankreatitin hala özgül bir tedavisi yoktur.

3. Byrne MF, Mitchell RM, Stiffler H, et al. Extensive investigation of patients with mild elevations of serum amylase and/or lipase is of low yield. Can J Gastroenterol 2002;16:849–54.
4. Sekimoto M, Takada T, Kawarada Y, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2006;13:10–24.

5. McMahon MJ, Playforth MJ, Pickford IR. A comparative study of methods for the prediction of severity of acute pancreatitis. *Br J Surg* 1980;67:22– 5.
6. Al- Bahrani AZ, Ammori BJ. Clinical laboratory assessment of acute pancreatitis. *Clinica Chimica Acta* 2005; 362:26-48.
7. McKay CJ, Imrie CW. Staging of acute pancreatitis: is it important? *Surg Clin North Am* 1999; 79:733-43.
8. Taylor SL, Morgan DL, Denson KD, Lane MM, Pennigton LR. A comparison of the Ranson, Glasgow and APACHE II scoring systems to a multiple organ system score in predicting patient outcome in pancreatitis. *The American Journal of Surgery* 2005; 189:219-23.
9. Koizumi M, Takada T, Kawarada Y, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: diagnostic criteria for acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2006; 13:25-32.
10. Vriens PW, Linde P, Solotema ET, Warmerdam PE, Breslau PJ. Computed tomography severity index is an early prognostic tool for acute pancreatitis. *J Am Coll Surg* 2005; 201(4):497-502
11. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: treatment of gallstone-induced acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2006; 13:56-60.
12. Ranson JHC. The timing of biliary surgery in acute pancreatitis. *Ann Surg* 1979; 189:654-62.
13. Kaw M, Al-Antably Y, Kaw P. Management of gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 56:61-65.
14. Tirelli M, Yıldırım A, Güçlü C, Çalık B, Diliüz B. Akut nekrotizan pankreatit: otuz sekiz hastanın tedavi sonuçları. *Ulus Travma Derg* 2006; 12(1):26-34.