

Klinik Çalışma

AKUT PANKREATİTTE ERKEN LAPARASKOPİK KOLESİSTEKTOMİ; SONUÇLARIMIZ

Öztekin ÇIKMAN¹, Şükrü TAŞ¹, Hasan Ali KİRAZ², Berkin ŞEKERCİ³, Muammer KARAAYVAZ¹, Yılmaz AKGÜN¹

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, akut bilier pankreatit nedeniyle tedavi edilen hastaların, erken dönemde laparoskopik kolesistektomi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Ocak 2012 – Temmuz 2015 tarihleri arasında akut biliyer pankreatit nedeniyle yatırılan, klinik ve laboratuvar bulguları düzeldikten sonra taburcu edilmeden laparoskopik kolesistektomi yapılan 37 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, laboratuvar bulguları, ultrasonografi, MRCP ve ERCP sonuçları ameliyat süresi, açığa geçme, morbidite, mortalite ve postoperatif hastanede yatış süreleri kaydedildi.

Bulgular: Akut biliyer pankreatit nedeniyle yatan 37 hastadan 16'sı erkek, 21'i kadın olup hastaların yaş ortalaması 58,1'di. Ranson skor ortalaması 1.38 olarak hesaplandı. Ultrasonografik açıdan değerlendirildiğinde 26 (%70,27) hastada multipl kalkül, 5 (%13,51) hastada safra çamuru, 6 (16,22) hastada ise tek kalkül saptandı. Laboratuvar ve klinik olarak safra yollarında patoloji olduğu düşünülen 19 hastaya MRCP çekildi. MRCP'de koledokta kalkül saptanan 6 hasta ERCP sonrası opere edildi. Tüm hastalarda standard laparoskopik kolesistektomi işlemi 4 portla başlandı. 1(%) hastada preop saptanamayan kolesistoduodenal fistül nedeniyle

operasyonda açığa geçilerek bitirildi. Postoperatif hastaların ortalama yatış süresi iki bulundu.

Sonuç: Erken dönem laparoskopik kolesistektomilerde operasyon süresi ve anatomik yapıların ortaya konmasındaki zorluklara rağmen, akut biliyer pankreatit sonrası erken dönemde kolesistektominin rekürren pankreatit ataklarını önleyen, daha etkin bir tedavi seçeneği olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut biliyer pankreatit, laparoskopik kolesistektomi, operasyon zamanlaması

THE RESULT OF EARLY LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE PANCREATITIS

SUMMARY

AIM:The aim of this study is to evaluate the results for early laparoscopic cholecystectomy in patients who were treated for acute biliary pancreatitis without discharge of patients .

MATERIAL AND METHODS:Between January 2012 and July 2015, the data of 37 patients who were hospitalized for acute biliary pancreatitis, were evaluated retrospectively, in whom laparoscopic cholecystectomy were performed before discharged after obtaining normal clinical and laboratory results.

1. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale
2. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
3. Türk Cerrahi Derneği Endoskopi Sertifika Programı Dahilinde ÇOMÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesi, Çanakkale

Age, sex, laboratory findings, ultrasonography, MRCP, and ERCP results, operation time, open conversion, morbidity, mortality, post operative care were recorded

FINDINGS:Of 37 acute pancreatitis patients;16 was male, 21 female and the mean age was 58,1. The average ranson score was 1,38. As examined sonographically;26 patients had multiple calculi(70,27%),5 had sludge(13,51%),6 had single calculi(16,22%). 19 patients suspicious for bile duct disease according to laboratory and clinical findings were examined by MRCP. ERCP was performed for 6 patients in whom calculi detected in MRCP. In all patients the standart laparoscopic cholecystectomy procedure was done by using 4 ports. In only one patient the procedure was continued by open conversion because of cholecystoduodenal fistule which did not diagnosed preoperatively. Calculated average hospitalization time was 2,08 days.

CONCLUSION:Despite the difficulties as bringing up the anatomic structures and delayed operation time in early period laparoscopic cholecystectomies;we believe that early laparoscopic cholecystectomy is an effective choice of management and prevents the recurrent acute pancreatitis attacks.

Key words:acute biliary pancreatitis,laparoscopic cholecystectomy,operation schedule

GİRİŞ

Akut biliyer pankreatit, şiddetli karın ağrısı ve gastrointestinal semptomların eşlik ettiği kan ve idrarda pankreas enzimlerinin yükselmesiyle seyreden pankreasın inflamasyonudur¹. Akut pankreatit etyolojisinde batı ülkelerinde alkol önemli bir etken olarak bildirilse de ülkemizin de dahil olduğu bir çok yerde biliyer kaynak halen en önemli etyolojik faktör olarak görülmektedir^{2,3}.

Akut bilier pankreatitin (ABP) tedavisi medikal tedaviyi takiben kolesistektomiye içermektedir⁴. Ancak ABP nedeniyle tedavi edilen hastalarda safra kesesi ameliyatının zamanlaması halen tartışma konusudur^{5,6}.

Hafif akut biliyer pankreatitli hastalarda klinik ve laboratuvar olarak iyileştikten sonra, hasta taburcu edilmeden laparoskopik kolesistektomi uygulanmaktadır. Bu yöntem ile akut pankreatit ataklarının azaldığı ve daha güvenli olduğu bildirilmiştir^{7,8}. Bu çalışmada akut bilier pankreatit nedeniyle tedavi edilen hastalarda erken dönemde laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastaları sunmayı amaçladık.

MATERYAL ve METOD

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Ocak 2012 – Temmuz 2015 tarihlerin arasında ABP nedeniyle yatırılan, klinik ve laboratuvar bulguları düzeldikten sonra taburcu edilmeden laparoskopik kolesistektomi yapılan 37 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. ABP tanısı; hastanın şikâyeti ve fizik muayene bulguları ile serum amilaz değerinin normalin 3 katından daha yüksek olması, eş zamanlı olarak safra kesesi ve/veya safra yollarında taş varlığı ile belirlendi.

Hastalarda pankreatitin şiddeti Ranson skorumaya sistemine göre yapıldı. Ranson kriterlerine göre 0-2 puana sahip olan hastalar hafif pankreatit, 3-4 puana sahip olanlar ise şiddetli pankreatit olarak değerlendirildi. Hafif pankreatitli olgular (Ranson kriteri 3'ten daha az) klinik ve laboratuvar bulguları düzeldikten sonra hastaneden çıkmadan operasyona alındı.

Hastaların demografik özellikleri, amilaz ve diğer biyokimyasal parametreleri, tam kan profili, ultrasonografi, manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRCP) ve endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) sonuçları, yapılan ameliyat türü, ameliyat süreleri, açık ameliyata geçme oranları, açığa geçme nedenleri, komplikasyonlar ve hastanede yatış süreleri kaydedildi.

BULGULAR

Akut Bilier Pankreatit nedeniyle yatan 37 hastanın 16'ü erkek, 21 tanesi kadın olup hastaların yaş ortalaması 58.1'tü. Ranson skor ortalaması 1.38 olarak tespit edildi. Ultrasono-

Tablo 1:

CİNSİYET		ERKEK (n:16)			KADIN (n:21)		
USG	Taş sayısı	Tek taş	Multipl taş	Safra çamuru	Tek taş	Multipl taş	Safra çamuru
		Hasta sayısı	4	11	1	2	15
MRCP		7			12		
ERCP		4			2		
RANSON DEĞERİ (ORTALAMA)		1,5			1,29		
POSTOP. YATIŞ SÜRESİ		2,07 gün			2,09 gün		
AÇIĞA GEÇİLEN VAKA		1			-		

nografik açıdan değerlendirildiğinde hastaların 26 (%70,27)'sinde multipl kalkül, 5 (%13,51)'sinde safra çamuru, 6 (%16,22)'sinde tek kalkül saptandı. Laboratuvar ve klinik olarak safra yollarında patoloji olduğu düşünülen 19 hastaya MRCP çekildi. MRCP'de kalkül saptanan 6 hasta ERCP sonrası opere edildi (Tablo 1). Tüm hastalarda standard laparoskopik kolesistektomi işlemi 4 portla başlandı. Bir hastada preop saptanamayan kolesistoduodenal fistül nedeniyle operasyonda açığa geçilerek bitirildi. Postoperatif hastaların ortalama yatış süresi 2,08 gün olarak saptandı (Tablo 1).

TARTIŞMA

Akut pankreatit etiyolojisinde genellikle safra taşları ve alkol karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın en sık görülen bu iki nedeninin oranları hasta popülasyonuna göre değişiklik göstermektedir. Batı ülkelerinde alkol ilk sırayı alırken, ülkemizde akut pankreatit sıklıkla biliyer kaynaklıdır^{9,10,11}.

Akut biliyer pankreatit kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir¹². Bazı araştırmacılar K/E oranını 2.7/1 olarak saptarken, çalışmamızda benzer şekilde bu oranı 1,31

olarak bildiren çalışmalar da bulunmaktadır^{13,14}.

Akut biliyer pankreatitin şiddetinin belirlenmesinde Ranson, APACHE II ve Glasgow skoru gibi birçok kriter bulunmaktadır¹⁵. Pankreatit için 1974 yılında tanımlanmış olan ve halen güncelliğini koruyan Ranson kriterleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Ranson kriterleri; hastanın ilk başvuru anı ve 48. saatteki bulgulara göre toplam 11 kriter ile pankreatitin şiddetini değerlendirmektedir¹⁶. Çalışmamızda Ranson kriteri ≤ 3 olan hastalar hafif ve orta şiddette pankreatit olarak kabul edilmiştir. Ranson kriteri ≥ 4 olan hastalar ise ağır şiddette pankreatit olarak kabul edilerek çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya aldığımız hastaların Ranson skor ortalaması 1.4 olarak tespit edilmiştir.

Akut Bilier Pankreatitte laparoskopik kolesistektomi, güvenilir bir yöntem olarak giderek daha sık kullanılmaktadır. Açık cerrahi ile karşılaştırıldığında hastanede yatış süresini önemli derecede kısalttığı bu nedenle tıbbi ve ekonomik yönden kazanım sağladığı bildirilmektedir¹⁷. Girgin ve ark.¹⁸ ABP'li hastalara uyguladıkları laparoskopik kolesistektomi sonrası ortalama yatış süresini iki gün olarak

saptamıştır. Çalışmamızda benzer şekilde postoperatif hastaların ortalama yatış süresi 2,08 gün saptanmıştır.

Son zamanlardaki gelişmelerle birlikte biliyer pankreatit tedavisinde laparoskopik kolesistektomi altın standart olmasına rağmen laparoskopik kolesistektominin zamanlaması halen tartışılmaktadır. Biliyer kökenli olduğu bilinen akut pankreatit olgularında hastaların tablosu elverdiğinde açık ya da laparoskopik yolla kolesistektomi yapılmasını öneren bir çok çalışmalar bulunmaktadır¹⁹. Bu çalışmaların birinde Kapan ve ark.²⁰ ilk yatışta klinik ve laboratuvar iyileşmeyi takiben ABP'li hastalarda, laparoskopik kolesistektomi güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu bildirmiştir. Buna karşın gecikmiş kolesistektominin tekrarlayan biliyer ataklar ile seyrettiği gösterilmiştir. Ito ve ark.²¹ yaptıkları bir çalışmada, tekrarlayan ABP'lerin %30'undan fazlasının hastanın taburcu edilmesini takip eden ilk 2 hafta içinde ortaya çıktığını tespit etmişlerdir. Akut biliyer pankreatit tanısı konulduğu andan kolesistektominin uygulanmasına kadar geçen süre ne kadar uzun olursa, hastanın yineleyen ataklarla hastaneye başvuru sıklığının artacağı bildirilmektedir. Bu nedenle hafif pankreatiti olan hastalarda klinik ve laboratuvar iyileşmeyi takiben, mümkünse aynı seansta hastanın taburcu edilmesinden önce laparoskopik kolesistektomi yapılması önerilmektedir^{22,23}.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası komplikasyon oranı ise %0 ile 10 arasında olup açık kolesistektomi ile benzerdir (18). Beyazit ve ark.¹³ hafif ve orta şiddetteki pankreatitte erken laparoskopik kolesistektomi ile açık ameliyata geçme oranlarını ve safra yolu komplikasyonlarını arttırmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle akut biliyer pankreatitte laparoskopik kolesistektominin güvenli bir şekilde uygulanabileceği kabul edilmektedir. Çalışmaya aldığımız hastaların sadece birinde preop saptanamayan kolesistoduodenal fistül nedeniyle operasyonda açığa geçilmiştir. Bu vaka ile açığa geçme oranımız literatürle uyumlu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda akut biliyer pankreatitte erken ve geç dönemde yapılan laparoskopik

kolesistektomi ameliyatında komplikasyonlar ve açığa dönme sıklığı açısından farklılık olmadığı belirtilse de, geç dönemde operasyon planlanan hastalarda rekürren pankreatit oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir^{20,21}.

Sonuç olarak her ne kadar erken dönem laparoskopik kolesistektomilerde operasyon süresi ve anatomik yapıların ortaya konmasında güçlükler olsa da, akut biliyer pankreatit sonrası erken dönemde kolesistektominin rekürren pankreatit ataklarını önleyen, daha etkin bir tedavi seçeneği olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Otsuki M, Takeda K, Matsuno S, Kihara Y, Koizumi M, Hirota M, Ito T, Kataoka K, Kitagawa M, Inui K, Takeyama Y. Criteria for the diagnosis and severity stratification of acute pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2013;19(35):5798-805.
2. Hajjar NA, Iancu C, Bodea R. Modern therapeutic approach of acute severe forms of pancreatitis. A review of the literature and experience of Surgical Department No III Cluj. *Chirurgia (Bucur)*. 2012;107(5):605-10.
3. Stimac D, Mikolasevic I, Krznaric-Zrnici I, Radic M, Milic S. Epidemiology of Acute Pancreatitis in the North Adriatic Region of Croatia during the Last Ten Years. *Gastroenterol Res Pract*. 2013;2013:956149. doi: 10.1155/2013/956149. Epub 2013 Feb 14.
4. Goulart A, Delgado M, Antunes MC, Braga Dos Anjos J. 231 laparoscopic cholecystectomy in ambulatory: what results?. *Acta Med Port*. 2013;26(5):564-8.
5. Parsi MA, Stevens T, Dumot JA, Zuccaro G Jr. Endoscopic therapy of recurrent acute pancreatitis. *Cleve Clin J Med*. 2009;76(4):225-33.
6. Alimoglu O, Ozkan OV, Sahin M, Akcakaya A, Eryilmaz R, Bas G. Timing of cholecystectomy for acute biliary pancreatitis: outcomes of cholecystectomy on first admission and after recurrent biliary pancreatitis. *World J Surg*. 2003;27(3):256-9.
7. Werner J, Z'Graggen K, Fernandez-del Castillo C, Lewandrowski KB, Compton CC, Warshaw AL. Specific therapy for local and systemic complications of acute pancreatitis with mono clonal antibodies against ICAM-1. *Ann Surg* 1999;229: 834-40.
8. Sinha R. Early laparoscopic cholecystectomy in acute biliary pancreatitis: the optimal choice? *HPB* 2008;10(5): 332-5.
9. Binker MG, Cosen-Binker LI. Acute pancreatitis: The stress factor. *World J Gastroenterol*. 2014;20(19):5801-7.
10. Kaya E, Dervişoğlu A, Polat C. Evaluation of diagnostic findings and scoring systems in outcome prediction in acute pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2007;13(22):3090-4.
11. Yaşar M, Taşkın AK, Özyayın İ, Demiraran Y. Batı Karadeniz Bölgesindeki Akut Pankreatitli Hastaların Retrospektif Analizi, *Düzce Tıp Derg* 2010;12(3):45-49
12. Satoh K, Shimosegawa T, Masamune A, Hirota M, Kikuta K, Kihara Y, Kuriyama S, Tsuji I, Satoh A, Hamada S; Research Committee of Intractable Diseases of the

- Pancreas. Nationwide epidemiological survey of acute pancreatitis in Japan, *Pancreas* 2011;40(4):503-7.
13. Beyazıt Ü, Taşkesen F, Büyük A, Arikanoğlu Z, Önder A, Kapan M, Aliosmanoğlu İ, Keleş C. Akut biliyer pankreatitli olgularda erken ve geç laparoskopik kolesistektominin yeri, *Ulusal Cerrahi Derg* 2011; 27(3): 137-140.
 14. Gümüş M, Uçmak F, Önder A, Kapan M, Girgin S. Akut pankreatit deneyimimiz: 401 vakanın analizi, *Türk HPB* 2009;5:60-4.
 15. Osvaldt AB, Viero P, Borges da Costa MS, Wendt LR, Bersch VP, Rohde L. Evaluation of Ranson, Glasgow, APACHE-II, and APACHE-O criteria to predict severity in acute biliary pancreatitis, *Int Surg* 2001;86(3):158-61.
 16. Ranson HJL. Acute Pancreatitis. Zinner J, Schwartz SI, Ellis H, editors. *Maingot's Abdominal Operations*. 10th ed. Appleton& Lande; 1997. p. 1899-1905.
 17. Söğütü G, Ara C, Yılmaz S, Kırımlıoğlu H, Karadağ N, Keskin L. Akut Kolesistitlerde Laparoskopik Kolesistektominin Yeri, *İnönü Üniv Tıp Fak Derg* 2001; 8(2): 84-87.
 18. Girgin M, Türkoğlu A, Ayten R, Çetinkaya Z, Mulla M, Kenan Binnetoğlu K. Akut biliyer pankreatitte laparoskopik kolesistektomi, *Ulusal Cerrahi Derg* 2011;27(3):141-4.
 19. Turhan AN, Kapan S, Gönenç M, Öner OZ, Alış H, Dolay K, Aygün E. Tekrarlayan Biliyer Pankreatitlerde Tedavi, *Bakırköy Tıp Derg* 2009;5(1):25-7.
 20. Kapan M, Beyazıt Ü, Gümüş M, Önder A, Yağmur Y. Akut biliyer pankreatitli hastalarda erken laparoskopik kolesistektomi sonuçları, *Klin Den Ar Derg* 2010; 1(1): 21-4.
 21. Ito K, Ito H, Whang EE. Timing of cholecystectomy for biliary pancreatitis: do the data support current guidelines? *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 2164-70.
 22. Uhl W, Warshaw A, Imrie C, Bassi C, McKay CJ, Lankisch PG, Carter R, Di Magno E, Banks PA, Whitcomb DC, Dervenis C, Ulrich CD, Satake K, Ghaneh P, Hartwig W, Werner J, McEntee G, Neoptolemos JP, Büchler MW; International Association of Pancreatology. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis, *pancreatology*. 2002;2(6):565-73.
 23. Salman B, Yüksel O, İrkörücü O, Akyürek N, Tezcaner T, Doğan I, Erdem O, Tatlıcioğlu E. Urgent laparoscopic cholecystectomy is the best management for biliary colic. *Diğ Surg* 2005;22(1-2):95-9.