

AKUT PANKREATİTLERİN KLİNİK İNCELENMESİ VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER

Dr. Suat Hayri KAĞIZMAN*, Dr. Serdar YOL*, Dr. Mustafa ŞAHİN*, Dr. Erşan AYGÜN*,
Dr. Metin BELVİRANLI*, Dr. Mustafa ATABEK*, Dr. Ersin ÇİFTÇİ*, Dr. Lütfü DAĞDÖNDEREN**

* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

ÖZET

Akut pankreatit değişik etyolojik faktörlerin etkili olduğu hasit pankreatik ödemden etraf dokularında nekrozla seyreden ölümcül sonuçlara kadar değişebilen retroperitoneal bir hadisedir.

Bu çalışmada akut pankreatit nedeniyle kliniğimize başvuran ve tedavi gören 28 hasta hakkında tecrübelerimizi gözden geçirdik. 28 hastanın 15'inde safra taşı, 2'sinde alkol, 1'inde hiperlipidemi, 1'inde pankreas başı CA vardı. 9 tanesinin sebebi bulunamadı. 6 hasta ex oldu, 3 hastada perirenal abse gelişti. 3 hastaya laparotomi yapıldı. Takiplerimiz Imrie'nin prognostik kriterleri ile uygunluk gösterdi.

Pankreatitin teşhisinde, ilaç ve antibiyotik tedavisinde gelişmelerin olmasına rağmen tedavi girişimleri halen etyolojiye yönelik yapılmaktadır. Etiyolojide sebebi bilinmeyen pankreatitlerin yoğunluğunu gittikçe artırdığına inanılmaktadır (1).

Anahtar Kelimeler : Akut Pankreatit, prognoz, Imrie kriterleri

GİRİŞ

Akut pankreatit seyri çok hızlı değişebilen, birçok faktörün etkili olduğu retroperitoneal bir enfamasyondur. Etiyolojisinde batılı ülkelerde alkol ön sırayı alırken (1-3), ülkemizde ise safra taşı hala en önemli etkindir. Etiyolojisi belli olmayan akut pankreatitler gittikçe artmaktadır (1). Etiyolojik faktörlerin hangi mekanizmayla akut pankreatit oluş-

SUMMARY

Clinical Evaluation of Acute Pancreatitis and Prognostic Factors

Acute pancreatitis is the inflammation of this retroperitoneal organ with various etiological factors varying in severity from slight edema to peripancreatic necrosis that may deteriorate to death.

In this article, we evaluated the records of 28 patients with acute pancreatitis retrospectively who admitted to University of Selçuk, General Surgery Department, between January 1992 and November 1995. Etiological factors were gallstone in 15, alcohol in 2, hiperlipidemia in one and pancreas head cancer in one. There was no identifiable cause in 9 patients. Six patients died of disease. Three patients underwent laparotomy. Follow-up of the cases showed good correlation with the Imrie prognostic criteria.

Key Words: Acute pancreatitis, prognosis, Imrie criteria.

turduğu tam olarak aydınlatılmadığı için takip ve tedavide birçok farklı görüşler ortaya atılmıştır. Biz de takip ve tedavide Imrie kriterlerinin önemini belirlemek için bu çalışmayı planladık.

HASTALAR VE METOD

Ocak 1992 ile Kasım 1995 tarihleri arasında S.Ü. Tıp Fakültesi acil servise başvuran ve genel cerrahi kliniğine akut pankreatit teşhisi ile yatırılan hastalar

bu çalışmaya alındı. Teşhisleri USG, Tomografi ve laparotomi ile kesinleştirilmiş hastalardı. Bu hastaların 15'inin dosya bilgisi İmrie kriterlerinin değerlendirilmesi için yeterli idi. Dolayısıyla İmrie kriterleri 28 hastanın sadece 15'inde değerlendirildi. Akut pankreatit tanısı olan her hastaya nazogastrik tüp konup, oral beslenme kesildi. Sıvı elektrolit desteği sağlandı. Ranitidin (Ulcuran, 3x100 mg), antibiyotik (üçüncü kuşak sefalosporin), somatostatin 3x50 ve/veya aprotinin 4x100.000'ü başlandı. USG'de batında serbest mayi tespit edilen hastalara peritoneal lavaj açıldı. Günlük 3000 cc izotonikle batın yıkandı. Klinik takip esnasında 3 hastada akut batın bulguları gelişti ve laparotomi yapıldı. 2 hastaya nekrozektomi + drenaj, 1 hastaya distal subtotal pankreatektomi yapıldı. Bunların 2'si ex oldu ve 1 tanesinde pankreatik fistül gelişti. hastalarda ortalama hastanede kalış süresi, gelişen komplikasyonlar ve mortalite araştırıldı ve klinik gidişin İmrie kriterleri ile uyumluluğu tartışıldı.

SONUÇLAR

28 hastanın 12'si erkek, 16'sı kadındı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Dağılımı

	Hasta Sayısı	Ortalama Yaş
Kadın	16	50.2
Erkek	12	48.8

28 vakanın 15'inde sebep kolelitiazis, 2'sinde alkol, 1'inde hiperlipidemi, 1'sinde pankreas başı CA, 9'u sebebi bilinmeyen olarak sıralandı (Tablo 2)

Tablo 2. Akut pankreatit sebepleri.

	Hasta Sayısı	%
Bilier sistem	15	53
Alkol	2	7
Hiperlipidemi	1	3.5
Pankreas başı CA	1	3.5
İdiopatik	9	33

Hastaların başlıca şikayetleri karın ağrısı, bulantı, kusma idi. Fizik muayenede hastaların tümünde abdominal hassasiyet vardı. 2 hastada karın ağrısı ile beraber sarılık vardı. Tüm hastalara USG yapıldı. USG'de akut pankreatit olduğu değerlendirildi. 10 hastada CT ile akut pankreatit teyid edildi. 3 hastada ise laparotomi yapıldı. Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 11.5 gündü. Hastalarda İmrie kriterlerine göre değerlendirilenler tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3. Hastaların İmrie kriterlerine göre dağılımı.

İmrie kriter puanı	Hasta Sayısı	Komplikasyon	Mortalite
0-2	4	1 psodokist	-
2-4	6	1 psodokist 1 perianal abse	-
4-6	3	-	3
6-8	2	-	1

Pankreatik psodokist ve abse komplikasyonu İmrie kriteri düşük hastalarda görülmekte, mortalite ise 4 puanın üzerinde artmaktadır. Amilaz değeri 28 hastanın 5'inde normal bulunmuştur. Buna göre amilaz değeri % 18 oranında pankreatitlerde normal bulunmaktadır. Dolayısıyla akut pankreatit teşhisinde sadece amilaz yüksekliğine bakmak tek başına yeterli bir kriter değildir. Kan amilazı yüksek hastaların % 65'inde akut pankreatit mevcut iken akut pankreatit bulunan hastaların % 90'ında hiperamilazemi vardır (4,5).

TARTIŞMA

Akut pankreatit genellikle kendiliğinden düzelme gösteren bir tablo ile seyreder. Bu sebeple tedavi genelde medikaldir. Ancak septik komplikasyonlar gelişirse ve cerrahi müdahale yapılmazsa mortalite % 100'e ulaşır (6-7). Teşhisin şüpheli olduğu durumlarda laparatominin morbidite ve mortaliteyi artırdığına dair görüşler artık önemini yitirmiştir (8-11). En önemli tedavi sıvı elektrolit tedavisidir. Çünkü akut pankreatit atağında plazma hacminin önemli bir kısmı 3. boşluğa toplanır (12).

Bulantı kusması olmayan hastalarda NG tüp uygulamasının klinik gidişe bir faydası olmadığı söylene de GİS'i istirahate sevk etmek için biz akut atakta kullanılmasında yarar olduğu görüşü ağır basmaktadır. Akut pankreatitte rutin antibiyotik uygulanmasının gerekli olmadığı bildirilmektedir. Ancak septik komplikasyonların ortaya çıkmasından sonra antibiyotiklerin kullanılması zorunludur. Klinik gidişte teorik olarak yararlı olacağı düşünülen H₂ reseptör blokörleri, somatostatina, analogları ve aprotinin'in takiplerimizde hastaların tablolarının

ağırlaşmasını önleyemediğini gözledik. Hafif vakalar zaten semptomatik tedavi ile düzeldik. Şiddetli vakalardaki kısır döngüyü uygulanan medikal tedavilerle kurmak mümkün olmadı. Batındaki toksik maddeleri dışarı alabilmek ve gidişatı değerlendirmekte peritoneal lavaj önemli katkı sağlamaktadır. Hastalarda lavajdan sonra kısmi bir rahatlama gözledik. Bu nedenle batında mayi olan pankreatitlerde rutin olarak lavaj açılmasının yararlı olduğu kanaatindeyiz (16).

KAYNAKLAR

1. Corheld AP, Cooper MJ, Williamson RCN. Acute pancreatitis A lethal disease of increasing incidence Gut. 1985; 26:724-9
2. Creut FW, Lankeseh PG. Acute pancreatis. Etiology and pathogenesis. Bockus Gastroentorology Edition 4. Philadelphia, WB Saunders, 1985; pp 3971-3992
3. C.J. Yeo, J.L. Camerun: Acut pancreatitis: Textbook of Surgery Sabistan Fourteenth edition, 1991; 1076-1088.
4. Henry WS. Thompson SR. Scoot ST. et al. Significant hyperamylasemia in Conditions other than acute pancreatitis J.R. Coll Surg. Edinb 1987 : 32:213-215
5. Thompson HJ. clinical significance of moderate elevation of sercane amghose. J.R Coll. Surg. Edinb 1984 : 29: 303-306
6. Bezer HG. Büchler M. Bittner R. Necrosectomy and postoperative local lavage in necrotizing pancreatis. Br. J. Surg 1988 : 75:206-209
7. Keynaert MS, Dugernier Th, Kestens PJ. Current therapeutic strategies in severe acute pancreatitis. Intensive Care med 1990 : 16:352-362
8. Cooper MJ. Williamson RCN, Pololck AV. The role of peritoneal lavage in the prediction and treatment of severe acute pancreatitis Ann. R. Coll. Surg 1982; 64:422-427
9. MRC. Multicentre Death from acute pancreatitis Lancet 1977, 11:652-653
10. Poston GJ, Williamson RCN. Surgical management of acute pancreatitis Br. J. Surg. 1970 : 77 : 5-12
11. Cameron JL. Acute pancreatitis In surgery of alimentray tract. Shackelford RT Zuidema GD. Second edition WB Saunders company, philadelphia 1983; p : 31-61
12. Bradley EL. Complications of pancreatitis. Medicial and surgical management. Philadelphia WB Saunders 1982 : p:16-32
13. Sarr MG. Sanfey II. Cameron JL. Prospective randomised trial of nasogastric suction in patients with acute pancreatitis. Ann. Surg 1976 : 183:667-671
14. Bugg BP, Nostant TT. Lethal pancreatitis An. J. Gastroenterol. 1983;78:810-814
15. Beger HG, Bitther R, Block S, et al. Bacterial contamination of pancreatic necrosis. A prospective clinical study. Gastroenterology 1986 : 91: 433-438.
16. Karahan Ö, Vatansev C, Yol S, Şahin M, et al: Akut pankreatit ve safra kaçağına bağlı peritonitlerde peritoneal lavajın önemi. T. Klin Tıp Bil. 1996; 16(4): 235-239.