

AKUT HEMORAJİK PANKREATİTİN DEBRİTMANSIZ PERİPANKREATİK VE PERITONEAL DRENAJ VE LAVAJ İLE CERRAHİ TEDAVİSİ

Zeki HOŞÇOKUN¹

İrfan COŞKUN²

Yunus SAFFAK³

Aydın ALTAN⁴

ÖZET

4 yıllık sürede karşılaşılan 7 akut pankreatit olgusundan hemorajik olan ikisine debritmansız peripankreatik ve peritoneal lavaj cerrahi olarak başarı ile uygulanmıştır. Olguların birinde etyoloji kolelityazis diğerde idyopatiktir. Kololityazisli hastaya lavaj yanısıra kolesistektomi uygulanmıştır. Diğer olguda pankreatik abse gelişmiş ancak bu ikinci bir ameliyatı gerektirmeksizdir drenaj ve lavajın devam ettirilmesi ile tedavi edilmiştir. Olgularımızda mortalite görülmemiştir.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF HAEMORRAGIC PANCREATITIS BY PERIPANCREATIC AND PERITONEAL DRAINAGE AND LAVAGE WITHOUT DEBRIDEMENT

7 acute pancreatitis have been encountered during a four-year period. 2, which were acute haemorrhagic pancreatitis, of them have been treated successfully by surgical peripancreatic and peritoneal drainage and lavage without pancreatic debridement. Etiologic factor is choletithiasis in one and idiopathic in the other. The patient with choletithiasis has been treated cholecystectomy and lavage. In the other patient, pancreatic abscess developed, but this has been treated nonsurgical continuous drainage and lavage. There were no deaths.

GİRİŞ

Pankreas dokusunun akut bir yangısı olarak bilinen akut pankreatit, pek çok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilemektedir. Etyolojideki farklılık yanısıra akut pankreatit, hafif ödematoz şeklärinden hemoraji ve şok ile karakterize hemorajik nekrotizan pankreatite kadar değişebilen çok farklı klinik tablo ile kendini gösterebilmektedir. Ödematoz pankreatit çoğunlukla düşük morbidite ve mortalite ile birlikte olup konservatif tedavi ile genellikle iyileşmektedir (2). Buna karşılık hemorajik nekrotizan pankreatit ağır прогнозun habercisidir ve çoğu kere konservatif tedaviden yaralanmamaktadır (2, 6, 8, 9). Bu nedenle morbidite ve mortalitesi de yüksektir.

1 Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr.).

2 Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Uzm. Dr.)

3 Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Araş. Grv. Dr.).

4 Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Doç. Dr.).

Akut pankreatitte cerrahi tedavinin ne oranda yararlı olduğunu belirtmek güç ise de, cerrahi tedavi ile alınan sonuçların pek yüz güldürücü olmadığı bilinen bir gerçektir (8, 11). Bunun nedeni, ameliyat ile tedavi edilen hastaların pankreatitin ağır formunu geçirmekte olanlardan seçilmeleri olabilir (9). Cerrahi tedavinin temelde dört endikasyonu vardır: 1- akut pankreatit tanısının net olarak konulamadığı olgular, 2- medikal tedaviye karşı durumları düzelmeyen hastalar, 3- kolelityazis ile birlikte olan akut pankreatitler ve 4- abdominal abseden kuşkulanıldığı durumlar (8). Akut pankreatitte cerrahi eksplorasyonun beraberinde getirdiği morbidite ve mortalitenin kabul edilebilir düzeylerde olduğu ileri sürüldüğünden ilk üç endikasyon erken operasyon (hastaneye yatastan sonraki ilk 24-48 saat) için yeterli neden kabul edilmektedir (8).

Burada biri kolelityazisli diğeri kesin tanı konulamayan hemorajik pankreatitli iki hastada cerrahi tedavi ilkeleri ve sonuçları bildirilmektedir.

MATERİYAL VE METOD

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1983-1987 yılları arasında 2'si ameliyat ile olmak üzere 7 akut pankreatitli hasta tedavi edilmiştir. Ameliyat edilenlerin birinde etken kolelityazis, diğerinde ise idyopatiktir.

19 yaşında kolelityazisli hasta (N.A. prot. no: 921) 15 gündür süren şiddetli karın ağrısı ve kusma nedeni ile kliniğimize başvurmuştur. Muayenede TA: 110/60 mmHg, nabız: 120/dk olarak bulunmuştur. 61 yaşında olan diğer hasta (Z.K. prot. no: 1082) 3 gündür süren şiddetli karın ağrısı ve kusma yakınmaları ile kliniğimize başvurmuştur. Muayenesinde TA: 100/65 mmHg ve nabız 124/dk olarak ölçülmüştür. Birinci hastada Ranson (13) kriterlerinden hiçbirini bulununmazken diğerinde üç kriter (yaşı 55'in üzerinde, lökositozu $17200/\text{mm}^3$ ve LDH: 980 Ü) pozitif idi. Her ikisinde de idrarda bol eritrosit, lökosit, epitel ve proteinüri dışında, kan ve idrar amilazı dahil, diğer laboratuvar bulguları normal değerlerdeydi.

Her iki hastanın da karın muayenesinde hafif derecede yaygın müsküler defans, karında yaygın hassasiyet, barsak seslerinde azalma, yaygın rebound tenderness saptandı. Her iki hasta da akut karın ön tanısı ile başvurusundan 5-6 saat sonra ameliyat edildiler.

Ameliyatta her ikisinde de peritonda ve peripankreatik bölgede serbest hemorajik sıvı (4-5 litre kadar), pankreas dokusunda hemorajik ve sabunlaşma odakları, omentum, mezenter ve barsaklar üzerinde sabunlaşma

odakları saptandı. Buna göre her iki hastada da hemorajik pankreatit söz konusu idi. Safra kesesi ve yolları her ikisinde de ameliyat sırasında muayene edilmiş, yalnızca birinde safra kesesinde multipl taşlar bulunmuştur.

Her ikisine de peripankreatik ve intraperitoneal peroperatuar lavaj yapılmış ve aynı lavajın ameliyat sonrasında da devamını sağlamak üzere douglasa ve peripankreatik bölgeye (bursa omentalis) ikişerden dört adet 28 nolu pezzer dreni konulmuştur. Bunun için gastrokolik ligamandan açılan bir delikten iki adet dren pankreasın başından başlayarak kuyruğuna kadar uzatılmıştır. Drenlerin bursa omentalis içerisinde kalan parçaları üzerinde multipl delik açılmıştır. Drenler sağ tarafta karın arka-yan duvarından dışarı alınmıştır. Ayrıca multipl delikli iki adet dren sağ ve sol parakolik oluklarının iyice yukarısından başlayarak douglasa kadar uzatılmışlardır. Bu drenler sağ ve solda karın arka-yan duvarından dışarı alınmışlardır. Drenlerin tümü kapalı steril torbaya bağlanarak dışarıdan kontaminasyonun olmaması sağlanmaya çalışılmıştır. Safra kesesinde taş saptanan hasta- da bunlara kolesistektomi eklenmiştir.

Hastalara ameliyattan sonra yeterli IV sıvı replasmanı yanı sıra, üçüncü kuşak sefalosporin, atropin, proteaz inhibitörü (Trasylol: başlangıç dozu 1 000 000 Ü ve idame dozu 300 000 Ü/4 satate bir, 7 gün süreyle) ve parenteral hiperalimentasyon uygulanmıştır.

Ameliyattan sonra ilk 3 gün douglas ve bursa omentalisin her ikisi de kontinü olarak günde 3000'er cc serum fizyolojik ile yıkılmıştır. Bunu te- min etmek için drenin birinden serum verilmiş diğerinden alınmıştır. Daha sonraki günlerde yıkama serumunun miktarı azaltılmış ve tamamen kesilmiştir. Yıkamanın kesilmesinden sonra iki gün serbest drenaj uygulanmış ve drenden gelen olmayınca drenler çıkarılmıştır. Kolelityazılı hastada drenler 16'ncı gün çekilmiş ve hasta 18'inci gün şifa ile taburcu edilmiştir.

İkinci hastada 7'nci gün douglas dreni çekilmiş ancak 7-17'nci günler arasında 38.5°C'ye varan bacaklı ateşin olması ve drenden pürülün ma- teryalin gelmesi nedeniyle hastada pankreatik abse teşekkülünden şüphe- lenilmiş ve yıkama serumuna % 10 oranında povidon-iodin eklenerek yi- kamaya devam edilmiştir. Bu hastaya çektilen mide-duodenom grafisinde pankreasının şiştiği ve duodenal ansın genişlediği (Resim-1), komute- rize tomografide pankreas başı sınırlarının gayrimuntazam olduğu, korpus ve kuyruğunda nonhomojen görünüm içerisinde yer yer kistik dansite veren hipodens alanlar ile karakterize amfizematö pankreatit varlığı saptanmıştır (Resim-2 ve 3). Dren materyalinden kültürde antibiyotik kullanımını nedeni ile üreme olmamıştır. 17'nci günden sonra ateş düşmüş ancak pürülün akın-



Şekil : 1

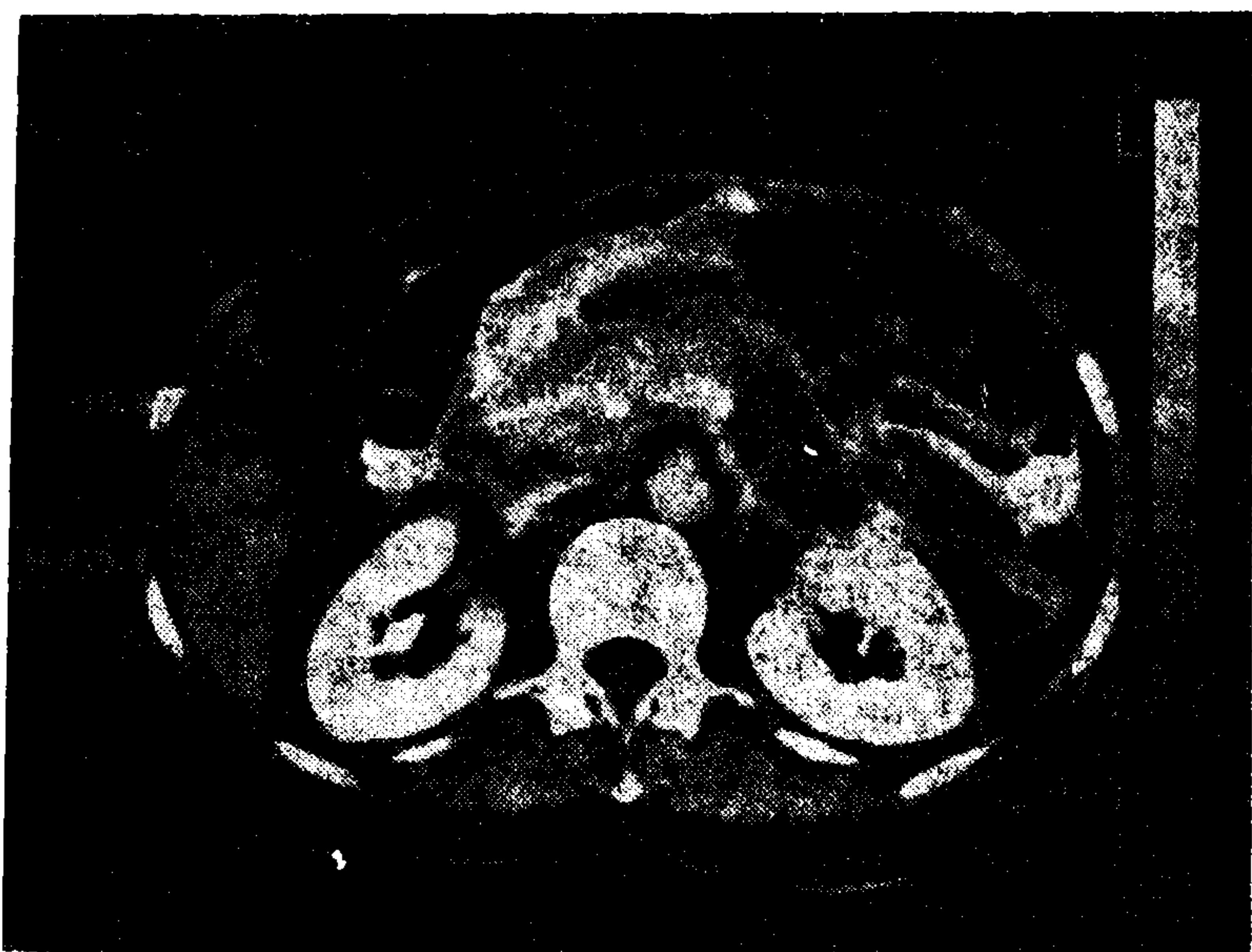
ti devam etmiştir. Bu nedenle yıkamaya devam edilmiş ve 25'inci gün drenler çekilmiştir. Hasta 35'inci günde şifa ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Akut pankreatitte tedavi temelde medikaldır (8). Bunun için oral gıda alınması kesilerek, nazogastrik dekompresyon, IV sıvı replasmanı yapılarak hastalığın seyri sırasında ortaya çıkabilecek hemodinamik, respiratuar, metabolik, nütrisyonel komplikasyonların önlenilmesine ya da düzeltilmesine çalışılır (8). Hemorajik pankreatitte ise organizmanın doğal savunmasını ve reperatif procesini destekleyici nitelikteki bu destek tedavisine ek olarak,



Şekil : 2



Şekil : 3

periton içindeki toksik maddelerin sistemik etkilerini önlemek için peritoneal diyaliz gereklidir (14). Gerçekten pankreatitte pankreas kökenli aktive olmuş proteazların (proteolitik enzim) pankreas dışına (kan, doku, periton) taşıdığı bilinmektedir. (6, 7). Bunun endirekt göstergesi de proteaz inhibitörlerinin (özellikle alfa - 2 makroglobulin) kan ve peritonda ileri derecede azalığının gösterilmesidir (7). Proteaz inhibitörlerinin tüketilmelerinin en fazla peritonda olduğu ve tükenim oranının hastlığın şiddetini ile doğru orantılı olduğu anlaşılmıştır (7). Öte yandan nekrotizan pankreatitteki erken ölümlerin, kana geçen toksin ve proteolitik enzimlerin etkisi ile ortaya çıkan multisistem yetmezliklerine (kardiyovasküler, respiratuar, renal, hepatik yetmezlikler ve koagulasyon defektleri) bağlı olduğu bilinmektedir (6, 9, 14). İşte, aktive olmuş pankreatik proteazların ve toksik maddelerin lokal ve sistemik etkilerini önlemek ya da azaltmak için rol oynayan proteaz inhibitörlerine yardımcı olmak, diğer bir ifade ile, periton ve peripankreatik bölgedeki proteaz konsantrasyonunu azaltmak amacı ile lavaj uygulaması mantıklı görünmektedir. Proteaz inhibitörleri pankreatitin başlangıcından sonraki 14'üncü günde normal değerlere yaklaşmasına rağmen tamamen normal olmamaktadır (7). Lavaj sıvısında enzim aktivitesinin 3 hafta sonra normale geldiği bildirilmektedir (2). Dolayısı ile lavaj 2-3 hafta sürebilmeğtedir. Hastalarımızdan birinde 16 diğerinde 25 gün lavaj gerekliliği olmuştur.

Toksik maddelerin ve proteolitik enzimlerin periton diyalizi ve pankreatik debritman ile uzaklaştırılmasının yararlı olduğu gösterilmiş (14) ise de omental bursa (peripankreatik) lavajı yapılmaksızın morbidite ve mortaliteyi düşürmede etkili olmadığı ileri sürülmüştür (2, 8, 9). Omental bursa lavajı ile nekroze doku parçaları ve her türlü toksik maddenin vücut dışına alınması sağlanmaktadır (2). Ayrıca lavaj sıvısının ısısının düşürülmesi ile peripankreatik bölgenin ısısının düşürülmesi de sağlanabilmektedir (2). Öte yandan yumuşak doku yangılarında drenaj ve debritmanın temel kural olduğu da bilinmektedir (9). Bundan dolayı drenaj ve lavaj yanısıra peripankreatik nekrotik materyalin debrite edilmesi gerektiği ileri sürülmektedir (2, 6, 8, 9). Buna karşılık pankreatik debritman yapılan 38 hastalı retrospektif bir seride yüksek mortalite (% 42) ve morbidite (% 50: lokal enfeksiyon, pankreatik fistül, büyük damar yaralanması, gastroenterik fistül) nedeni ile debritmanın uygun olmadığı ancak seçilmiş sınırlı sayıdaki hastada başvurulabilecek bir yöntem olduğu yazarların bizzat kenidisi tarafından vurgulanmaktadır (17). İşte, hem bu nedenlerden dolayı hem de olgularımızda devbritmani gerektirecek kadar aşırı nekroz olmayışi nedeni ile debritman uygulanmamıştır.

Peripankreatik drenaj için cerrahi girişim gereklidir. Aksini savunular olmakla birlikte akut pankreatitte cerrahi eksplorasyonun beraberinde getirdiği morbidite ve mortalitenin kabul edilebilir düzeyde olduğu bilinmektedir (8). Bunun yanısıra komputerize tomografi eşliğinde perkutan drenaj ile tedavi edilen bir olgu bildirilmiştir. (4). Ancak uzun süreli bir tedavi (6 ay) oluşu nedeni ile cerrahi bakımından yüksek risk grubundaki komplike (abse, psödokist) pankreatit olgularında tavsiye edilmektedir (4).

Pankreatitli hastaların % 4 kadardında abse gelişebilir ve bu yüksek mortalite ile seyretmektedir (8). Peritoneal lavajın intraabdominal sepsisin ortaya çıkışını engellediği ileri sürülmüş (14, 16) ise de, aslında lavajın sepsisin ortaya çıkışını tamamen ortadan kaldırmadığı, belki geciktirebildiği iddia edilmektedir. (8) Olgularımızdan birinde gerçekten, lavaja rağmen pankreatik abse oluşmuştur. Ancak bu olgu Ranson kriterlerine göre kritik hasta grubundaydı. Öte yandan pankreatik abse olması halinde ikinci bir ameliyatın gerekliliği ileri sürülmektedir(8). Fakat olgumuzda ikinci ameliyata gerek duyulmadan abse tedavi edilmiştir. İnancımıza göre, aktif ve fonksiyonel bir peripankreatik lavajın ortaya çıkan abseyi de tedavi etmesi mümkündür. Üstelik, drenaj kapalı sistem ile yapıldığında, eksternal kontaminasyon olmamaktadır(2).

Savunduğumuz peripankreatik kapalı lavaj sistemi yanısıra pankreatik nekrotik dokuların yeterli debritmanını sağlamak için marsupiyalizasyonu önerenler de vardır (3, 6). Ancak üç olguluk bir araştırmada 1 olguda splenik arter yaralanması, diğer bir olguda insizyonel herni ve üçüncü olguda ise ikinci bir ameliyatı gerektiren parakolik abse ortaya çıkmıştır (6). Buradan, marsupiyalizasyonun komplikasyonsuz bir ameliyat olmadığı ve intraperitoneal drenaj uygulanmaz ise intraabdominal abse ve enfeksiyonun ortaya çıkabileceği sonucu çıkarılabilir.

Akut pankreatitte peripankreatik drenaj yanısıra triple-ostomi (gastrostomi + kolesistostomi + besleme jejunostomisi) tekniği de kullanılabileceği bilinmektedir (8, 9). Ancak gastrostomi ve jejunostominin çeşitli komplikasyonları beraberinde getirdiği (8, 9) ve kolelityazisi olmayan hastalarda kolesistostominin fazla yararlı olmadığı bildirilmektedir (9). Günümüzdeki total parenteral beslenmenin ilerlemiş teknigi nedeni ile besleme jejunostomisinin büyük bir önemi olmadığı açıktır (9). Hastalarımıza IV hiperalimentasyon ile yeterli nütrisyonal destek jejunostomisiz sağlanmıştır.

Bir diğer sorun kolelityazise bağlı akut pankreatitte tedavi ilkesinin ne olacağıdır. Diyagnostik laparotomide bilier pankreatit saptanır ise tedavinin peritoneal diyaliz ve kolesistostomi ile sınırlanması gereği (15) ileri

sürülmüş ise de, genel görüş buna uymamaktadır. Genellikle herkesin kabul ettiği, bilier pankreatitte akut atağın medikal tedavisinden sonra pankreatit nüksünün sık olduğu ve cerrahi tedavinin zorunlu olduğunu ancak ameliyatın ne zaman yapılacağı tartışmalıdır. Aksini savunanlar olmakla (15) birlikte, ilk 48 saatte yapılan erken kolesistektominin konservatif tedaviye oranla daha düşük morbidite ve mortaliteye neden olduğuna inanılmaktadır (1,5,10, 12). Üstelik bilier olayın erkenden düzeltilmesinin ödematoz safhadaki hastalığın nekrotizan döneme geçişini engellediği ileri sürülmektedir (10). Gerçekten kolelityazis saptanan bir olgumuzda anamnez 15 gün öncesine kadar gitmekteydi ve hastanın laparotomisinde hemorajik pankreatit saptanmıştı. Eğer bu hasta daha erken dönemde başvur了半天ı, belki de ödematoz safhada pankreatit ile karşılaşacaktı.

Sonuç olarak hemorajik nekrotizan pankreatitte neden ne olur ise olsun, peripankreatik (bursa omentalis) ve peritoneal kapalı sistem lavajının etkin bir tedavi yöntemi olduğu, beraberinde kolelityazis varsa erkenden kolesistektomi uygulanmasının yararlı olabileceği söylenebilir. Ancak bu yöntemin yararının daha iyi ortaya konulabilmesi için kontrollü büyük klinik serilere ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Acosta, J.M., Rossi, R., Gali, O.M.P., et al.: *Early surgery for acute gallstone pancreatitis. Evaluation of a systemic approach.* Surgery, 83: 367-70, 1978.
2. Beger, H.G., Büchler, M., Block, S., Bittner, R., Roscher, R., Oettinger, W.: *Nekrozlu pankreatitte nekrozektomi ve bursa lavajı* (prospektif bir klinik araştırma). Ulusal Cerrahi Dergisi, 4 (2): 17-22, 1988.
3. Davidson, E.D., Bradley, E.L.: "Marsupialization" in the treatment of pancreatic abscess. *Surgery*, 89: 252-6, 1981.
4. Gobien, R.P., Stanley, J.H., Anderson, M.C., Vujic, I.: *Percutaneous drainage of pancreatic duct for treating acute pancreatitis.* Am J Res, 141: 795-6, 1983.
5. Heij, H.A., Veen, H.F., Eggink, W.F., Obertop, H.: *Timing of surgery for acute biliary pancreatitis.* Am J Surg 149: 371-4, 1985.
6. Knol, J.A., Eckhauser, F.E., Strodel, W.E.: *Surgical treatment of necrotizing pancreatitis by marsupialization.* The American Surgeon, 50: 324-8, 1984.
7. Lasson, A., Ohlsson, K.: *Protease inhibitors in acute human pancreatitis. Correlation between biochemical changes and clinical course:* Scand J Gastroenterol, 19: 779-86, 1984.
8. Martin, J.K., Heerden, J.A., Bess, M.A.: *Surgical Management of acute pancreatitis.* Mayo Clin Proc, 59: 259-67, 1984.
9. Mc Carthy, M.C., Dickerman, R.M.: *Surgical Management of severe acute pancreatitis.* Arch Surg 117: 476-80, 1982.

10. Mercer, L.C., Saltstein, E.C., Peacock, J.B., Dougherty, S.H.: *Early surgery for biliary pancreatitis.* Am J Surg 148: 749-53, 1984.
11. Özen, S., Akgün, S., Göler, A., Hoşçokun, Z.: *Akut pankreatit mortalite.* Ege Tip Fakültesi Dergisi 21 (4): 989-94, 1982.
12. Prock, J.J., Trostle, D.R.: *Early definitive surgery for acute pancreatitis associated with cholangitis.* The American Surgeon 52: 201-4, 1986.
13. Ranson, J.H.C., Rifkind, K.M., Roses, D.F., Fink, S.D., Eng, F.K., Spencer, F.C.: *Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis.* Surg Gynecol Obstet, 138: 69-81, 1974.
14. Ranson, J.H.C., Spencer, F.C.: *The role of peritoneal lavage in severe acute pancreatitis.* Ann Surg, 187: 565-75, 1978.
15. Ranson, J.H.C.: *The timing of biliary surgery in acute pancreatitis.* Ann Surg, 189: 654-63, 1979.
16. Ranson, J.H.C.: *Acute pancreatitis-where are we.* Surg Clin North Am. 61: 55-70, 1981.
17. Smadja, C., Bismuth, H.: *Pancreatic debridement in acute necrotizing pancreatitis an obsolete procedure.* Br. J. Surg, 73: 408-10, 1986.