

AKUT PANKREATİTİS VAK'ALARIMIZDA SEYİR VE PROGNOZ

Dr. Atilla ERTAN (*)

Dr. Zafer PAYKOÇ ()**

Dr. Hamdi AKTAN (*)**

Sebebi kesinlikle bilinmediğinden üzerinde yoğun çalışmaların yapılması, tedavisindeki çeşitli problemlerin halledilmemiş oluşu ve vak'aların en azından % 20'sinin ölümle neticelenmesi nedenleri ile akut pankreatitis ilginç bir hastalıktır.

Bu güne kadar memleketimizde özellik arzeden iki vak'a (1) dışında toplu bir serinin yayımlanmamış olması, vak'alarımızdan bazılarının ilginç seyir göstermeleri sebebiyle ve prognozlarında tesirli olabilecek faktörleri tartışmak üzere, akut pankreatitis'li vak'a serimizi takdim etmeyi uygun gördük. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde, Yüksek İhtisas Hastanesinde çalıştığı 1966 - 1973 seneleri arasında görülen 16 akut pankreatitis'li vak'a seyir ve prognoz açısından araştırıldı.

VAK'ALAR :

Akut pankreatitis'li vak'alarımızda tanı, klinik ve laboratuvar diğer bulgular yanında (Tablo: 1 ve 2), 11 vak'ada pankreas enzimlerinin serum ve/veya idrarda artmış (500 Somogyi Ünitesi üzerinde) bulunması ile konulmuştur. Bu vak'alardan 4'ünde sadece serum amilaz değerlerinde yükselme, birer vak'ada da yalnızca idrarda amilaz ve serumda lipazda artma (2 Cherry - Crandall Ünitesi üzerinde) bulunmuştur. Geri kalan

* A. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kürsüsü Doçenti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kürsüsü Başkanı.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kürsüsü Profesörü.

5 vak'ada da müsterek artışlar saptanmıştır. Serum ve/veya idrardaki pankreas enzimlerinde artış bulunamayan diğer 5 vak'amız, akut pankreatitis nöbetleri başlangıcından en az 3-4 gün geçtikten sonra kliniğimize başvurmuşlardır. Bunlardan ikisinde (vak'a 4 ve 8) akut karın sendromu tablosu nedeni ile eksploratris olarak, diğerinde (vak'a 14) süpüre dalak absesini direne etmek için laparotomi yapılmış ve ameliyat sırasındaki bulgular, akut pankreatitis tanısında esas alınmıştır. İki hastada da (vak'a 6 ve 16), hastalığın seyri sırasında oluşan psödokistler yanında diğer klinik ve laboratuvar bulgular tanıda yol gösterici olmuşlardır. Kliniğimizde tetkik edilip operasyona verilen pankreas kanserlilerde ve operasyonlardan sonra gelişen akut pankreatitis episodları bu seriye dahil edilmemiştir.

Tablo : 1'de gösterildiği gibi, vak'alarımızdan 11'i erkek, 5'i kadın idi. Yaş ortalamaları 40.2 olup, en küçük yaş 14 ve en büyüğü de 56 idi. Dekad'lara göre ayırım, Tablo : 3'de gösterilmiştir. Vak'aların mesleklerine göre dağılımları, Tablo : 4'de belirtilmiştir. Bu vak'alardan en azından 13'ü sosyo-ekonomik yönden toplumun üst düzeyinde yer alıyordu. Hastalığın etyopatogenezinde suçlandırılabilinecek faktörler Tablo : 5'de toplanılmıştır.

Etyopatogenez'deki
faktörler

Klinik şikâyet ve bulgular

Vak'a No.	Protokol No.	Adı ve soyadı	Yaşı	Cinsi	Meslek	Alkol alışkanlığı	Safra kesesi ve yolları hast.	Hiperlipemi	Pepik ülser	İnfeksiyon	Şiddetli karın ağrısı	Bulantı ve kusma	Gecici sarılık	Dişare ve konstipasyon	Şok belirtileri	Ateş	Tetani
1	7778/66	P. S.	14	K	E. H.	-	-	+	+	-	+	+	-	-	-	+	-
2	13855/66	A. A.	48	E	T. Dok.	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-
3	295/68	C. E.	56	E	Tüccar	-	-	-	+	-	+	+	-	-	+	+	-
4	5951/68	C. K.	37	E	Terzi	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	-
5	742/68	D. A.	52	E	Mühendis	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	-
6	2122/69	A. S.	29	K	Avukat	-	-	+	-	-	+	+	-	+	-	+	-
7	6843/69	H. G.	47	E	Memur	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-
8	3909/70	O. A.	44	E	Avukat	+	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	+
9	896/71	F. Ö.	49	E	Mimar	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-
10	4481/71	N. D.	22	K	E. H.	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-
11	6978/71	D. Y.	53	K	E. H.	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-
12	10682/71	B. G.	44	E	Öğretmen	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-
13	12899/71	I. R. B.	44	E	T. Dok.	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	+	-
14	3722/73	D. K.	14	K	Talebe	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-
15	9966/73	S. A.	41	E	Talebe	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-
16	13/F/73	M. R.	49	E	Tüccar	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-

TABLO : 1

TABLO : 3 — Akut Pankreatitis'lilerin Dekad'lara Göre Dağılımı

	Vak'a sayısı
10 - 20	2
20 - 30	2
30 - 40	1
40 - 50	8
50 - 60	3

TABLO : 4 — Akut Pankreatitis'lilerin Mesleklerle Göre Dağılımı

	Vak'a sayısı
Yüksek tahsilli	7
Tüccar	3
Ev hanımı	3
Talebe	2
Memur	1

TABLO : 5 — Akut Pankreatitis'lilerde Etyolojik Faktörlerin Dağılımı

	Vak'a sayısı
Alkol alışkanlığı	6
Safra kesesi ve yolları hastalığı	3*
Duodenum ülseri	2**
Esansiyel hiperlipemi	2
İnfeksiyon	1
Suçlandırılabilinecek etyolojik faktör bulunamayan	5

* Vak'alardan birinde (vak'a 13) alkol alışkanlığı yanında, üç sene önce taşlı kolesistit nedeniyle yapılmış kolesistektomi hikâyesi vardır.

** Vak'aların hiçbirinde penentrasyonu düşündürecek şikâyet ve bulgular yoktu. Bunlardan birinde (vak'a 3) alkol alışkanlığı da vardı.

Akut pankreatitis'li vak'alarımızdaki klinik bulgular Tablo : 6'da toplanmıştır.

TABLO : 6 — Akut Pankreatitis'lilerde Klinik Bulguların Sıklığı

	Vak'a sayısı
Tipik karın ağrısı	16
Bulantı ve kusma	12
Kısa süreli sarılık	6
Kısa süreli diyare/konstipasyon	5
Ateş	5*
Şok	4**
Tetani	1

* Vak'alardan ikisinde ateş, kısa süreli ve subfebril idi. Birinde (vak'a 3) pankreas absesi ve birinde de (vak'a 14) süpüre dalak absesine bağlı idi.

** Vak'alardan yalnızca biri (vak'a 12), tıbbî yöntemlerle şoktan çıkarılabildi.

Vak'alardaki laboratuvar bulgular Tablo : 7'de gösterilmiştir. Alevli seyreden bir akut episod sırasında ve sonrası ilginç radyolojik bulguları takip edilen 16. vak'amız, «Resim : 1» de gösterilmiştir.

TABLO : 7 — Akut Pankreatitis'lilerde Laboratuvar Bulgular

	Vak'a sayısı
Pankreas enzimlerinin serum ve/veya idrarda yüksek bulunuşu	11/16
serum amilazında artış	8/16
idrara amilazında artış	6/10
serum lipazında artış	4/9
Lökositoz	7/16
Geçici hiperglisemi	6/16
Geçici hiperbilirubinemi	6/16
Basit karın grafisinde;	
«sentinel lup» belirtisi	4/11
«cut off» belirtisi	3/11
Hiperlipemi	4/13*
Ekg. değişiklikleri	3/10
Hipokalsemi	3/10

* Vak'alarımızdan ikisinde (vak'a 7 ve 12) geçici, ikisinde de (vak'a 1 ve 6) esansiyel hiperlipemi vardı.

Tablo: 8'de, vak'alarda görülen komplikasyonlar sıralanmıştır. Akut pankreatitis'lilerin 9'unda yalnızca klasik tıbbi tedavi, 7'sinde tıbbi tedaviye ek olarak cerrahi yöntemler de uygulanmıştır. Bu son grup içindeki hastalardan 4'ünde cerrahi müdahale akut episod sırasında, 3'ünde akut episod geçirildikten en az altı hafta sonra uygulanmıştır. Bu konudaki ayrıntılara, daha aşağıdaki bölümde yer verilmiştir.

TABLO : 8 — Akut Pankreatitis'lilerde Komplikasyonlar

	Vak'a sayısı
Geçici ileus	4
Psödokist oluşumu	3*
Yaygın peritonitis	3**
Nükseden pankreatitis	2***
Kronik pankreatitis	1***
Pankreas'ta abse oluşumu	1
Belirgin asit oluşumu	1

* Psödokist oluşumu gösterilebilen 3 hastadan ikisinde (vak'a 6 ve 16) tıbbi tedavi sırasında, psödokistlerin klinik ve laboratuvar bulgularla gerileyip kaybolduğu saptanmıştır. Vak'a 16'nın akut episodundan iki ay sonra, kolelitiasisi nedeniyle yapılan kolesistektomi sırasındaki pankreas eksplorasyonunda, pankreas normal olarak bulunmuştur. Üçüncü hastada (vak'a 15) psödokist peritona direne olarak belirgin asit gelişmiştir.

** Yaygın peritonitis'li vak'alardan ikisinde (vak'a 4 ve 8) laparotomi sırasında, akut hemcrajik pankreatitis bulguları görülmüştür. Diğerinde (vak'a 3) ise, pankreas absesinin açılmasına bağlı yaygın peritonitis gelişmiştir.

*** Nükseden pankreatitis episodları olan veya kronik pankreatitis'e dönüşen hastaların ikisinde (vak'a 3 ve 15) alkol alışkanlığı vardı. Diğerinde (vak'a 9), suçlandırılabilinecek etyolojik bir faktör saptanamamıştır.

VAK'ALARDA SEYİR, PROGNOZ VE TARTIŞMA :

Yukarıda özetlenerek takdim edilen 16 akut pankreatitis'li vak'anın takip süreleri, Tablo : 9'da gösterilmiştir. Altı aydan

TABLO : 9 — Akut Pankreatitis'lilerde Takip Süreleri

	Vak'a sayısı
6 aydan daha az	5
6 ay - 1 sene	3 (3)
1 - 5 sene	5 (4)
5 seneden daha fazla	3 (3)

daha az takip edilebilen 5 vak'anın ikisi (vak'a 4 ve 8), akut pankreatitis episodü başlangıcından en az 3 - 4 gün sonra akut karın sendromu belirtileri ile kliniğimize başvurmuşlardır. Bu vak'alarda yapılan acil cerrahi müdahalenin erken safhalarında hastalar ölmüşlerdir. Geri kalan üç hastadan ikisi (vak'a 1 ve 2) 1966, biri de 1971 senesindeki ilk akut pankreatitis episodları sırasında yapılan tıbbi tedavi ile remisyona girmişler ve klinikten salâh ile taburcu edilmişlerdir. Takibe gelmeyen bu hastalarla, daha sonradan da ilişki kurulamamıştır.

Altı ay ile 2 sene arasında takip edilen üç hastadan birinde (vak'a 14) süpüre dalak absesinin sebep olduğu iltihabi süreç, pankreas kuyruk ve gövdesini de içine almıştı. Yapılan operasyonla iltihabi süreç temizlenip direne edildikten sonra, Ağustos 1973'den bu yana hastanın hiçbir şikâyeti olmamıştır. Diğer hasta (vak'a 15) kronik alkolik olup, son iki yıldır birçok kez akut pankreatitis episodları tarif ediyordu. Eylül 1973'de, akut pankreatitis klinik tablosu yanında, kaşeksi ve masif asit toplanması ile kliniğe alındı. Yapılan tetkiklerinde serum, idrar ve asit'deki amilaz değerleri yüksek seviyelerde bulundu. Yapılan incelemeler sonucu asit'in (pankreatik asit), akut pankreatitis episodlarından birinde oluşan psödokist'in açılması ile geliştiği kanısına varıldı. Ekim 1973'deki laparotomide, klinik tanı doğrulandı ve kist mide ile ağızlaştırıldı. Devamlı takibe alınan hastadaki klinik ve laboratuvar bulgular normal limitler içinde sey-

rederken, 15 kg.'dan fazla kilo da aldı. Bu gruptaki diğer hasta (vak'a 16), Ekim 1973'de geçirdiği akut pankreatitis epizodundan bir hafta sonra kliniğimize gönderilmişti. Yapılan tetkiklerinde, psödokist oluşumu ve safra kesesinde taş da tesbit edildi (Resim : 1). Tıbbi tedavi ile, psödokist dahil diğer bulgular geriledi. İki ay sonraki laparotomide, kolesistektomi yapıldı ve pankreas makroskopik olarak normal görünümde idi. Ameliyat sonrası takibinde, hasta şikâyetsiz ve bulguları normal idi.

İki ile beş sene arasında takip edilen 5 vak'anın biri hariç (vak'a 3), diğerleri sağ ve sıhhattedir. Bunlardan üçünde suçlandırılabilir hiçbir etyolojik faktör saptanamamıştır. Diğer hastada (vak'a 12) ise kronik alkol alışkanlığı zemininde, Şubat 1971'de oluşan ilk akut pankreatitis epizodu çok şiddetli seyretmişti. Hipokalsemi, koroner yetmezliğini taklit eden Ekg. değişiklikleri ile birlikte şoka giren hasta, yapılan tıbbi tedavi ile 48 - 72 saat içinde remisyona girmiş ve hastaneden bütün klinik ve laboratuvar bulgular normale döndükten sonra taburcu edilmiştir. Poliklinikte devamlı takibe alınan hastada, kayda değer belirgin bir şikâyet olmamış ve Ocak 1974'de şikâyetleri yok iken, kliniğe yatırılarak yapılan kontrol tetkiklerindeki bulgular normal bulunmuştur. Bu grup içindeki diğer hastanın (vak'a 3) ilk akut pankreatitis epizodu, kronik alkol alışkanlığı zemininde, Ocak 1968'de görülmüştür. Kliniğe alınarak yapılan tıbbi tedavi ile remisyona girmiş ve taburcu edilmiştir. Tavsiyelere rağmen alkol alışkanlığından vazgeçmeyen hasta, Mart 1968'de klinikte takip edilen ve daha sonraları da birçok kez tekrarlayan akut epizodlar geçirmiştir. Haziran 1969'da üçüncü kez kliniğe alınan hastada, özellikle ağrı şikâyeti devamlı hal almıştı. Yapılan tetkiklerinde, basit karın grafilerinde pankreas bölgesine düşen kalsifikasyon, oral glikoz tolerans testinde diabetik bir eğri görülmüştür. Standart sekretin testi ile yapılan pankreas dış sekresyon fonksiyonu incelemesindeki değerler, normal limitlerin altında bulunmuştur. Uygulanan hiçbir tıbbi tedaviye cevap vermeyen ağrısı olan hastada, laparotomiye karar verilmiştir. Laparotomide, pankreas ana kanalında taş bulunmuş ve çıkarılmış, pankreatiko - jejunostomi uygulanmıştır. Bir süre şikâyetsiz devre geçiren hasta, alkol almaya devam etmiş ve Ocak 1970'de akut abdomen tablosu ile 4'üncü kez kli-



M. R. 13/73 F.

niğimize alınmıştır. Yapılan acil operasyonda pankreasda abse ve bunun açılmasına bağlı genel peritonitis bulunmuş, yapılan cerrahi müdahaleye rağmen toksik tablodan çıkamayarak erken postoperatif devrede kaybedilmiştir.

Beş seneden daha fazla takip edilen 3 vak'a da sağ ve sıhhattedir. Bunlardan ikisinde (vak'a 5 ve 7) 1968 ve 1969 senelerinde, ilk kez geçirdikleri akut pankreatitis epizodu sırasında klinikte tanı konmuş ve yapılan tıbbi tedavi ile hastalık kontrol altına alınmıştır. Klinikten taburcu edilirlerken şikâyetleri bulunmayan bu hastalarda, laboratuvar inceleme neticeleri de normale dönmüştü. Yapılan takiplerinde vak'a 7, kronik alkol alışkanlığını bıraktığını bildirmiştir. Her ikisinde de, ilk epizodlarından bu yana hiçbir şikâyetleri olmamıştır. Vak'a 5, familyer hiperlipemi zemininde, ağır ve komplikasyonlu bir akut pankreatitis epizodu geçirmiştir. Bu vak'a, daha önceden ayrıntıları ile yayınlanmıştır (1). Yapılan takiplerinde, juvenil diabetes mellitus'la ilgili glikoregülasyondaki zaman zaman olan düzensizlikler dışında, pankreas patolojisini düşündürecek şikâyet ve bulgular bu güne dek tesbit edilmemiştir.

Prognoz açısından, çeşitli faktörlerin ayrı ayrı tartışılması, vak'a serimizin küçük olması nedeni ile yanıltıcı olabilir. Ancak şoka giren 4 vak'anın 3'ü —bu üç hasta da yaygın peritonitis gösteriyordu— ölmüştür. Hipokalsemi tesbit edilen 3 vak'adan yalnız biri kaybedilmiştir. Onaltı hasta arasında, komplikasyon olarak psödokist oluşumu bulunan üç vak'adan ikisinde, bulgular tıbbi yöntemlerle kaybolmuş ve birinde de kist, mide ile ağzlaştırılmıştır. Takiplerinde, klinik ve laboratuvar açıdan normale dönen bu vak'alar nedeniyle, psödokist oluşumu prognoz yönünden anlamlı bulunmamıştır. Öteyandan, bu seride prognoz açısından önem gösteren nokta, uygulanan tedavi yöntemi ile ilişkili görülmektedir. Tablo: 10'da gösterildiği gibi, 16 akut pankreatitis'liden tıbbi tedavi ile hastalığı baskı altına alınan 9 vak'anın hepsi yaşamaktadır ve bunlardan 6'sı en az iki yıl takip edilmiştir. Tıbbi tedavi yanında cerrahi yöntemler uygulanan 7 hastadan 4'ünde, müdahale akut epizod sırasında yapılmıştır. Akut epizod başlangıcından en az 3-4 gün sonra, kliniğimize akut karın tablosu ile gelen üç hastada (vak'a

TABLO : 10 — Akut Pankreatitis'lilerde Uygulanan Tedavi

	Vak'a sayısı	Ölen vak'a sayısı
Tıbbî tedavi	9	0
Tıbbî ve cerrahi tedavi	7	3
Akut episod sırasında operasyon	(4)	(3)
Akut episod geçiştirildikten sonra operasyon	(3)	(0)

4, 8 ve 11) acil laparotomi yapılmıştır. Bunlardan ikisinde (vak'a 4 ve 8) akut hemorajik pankreatitis'e bağlı yaygın peritonitis bulunmuş, pankreasa internal dekompresyon yöntemi uygulanmış ve her iki vak'a da erken postoperatif devrede ölmüşlerdir. Vak'a 11'deki laparotomide, ödematöz pankreatitis görünümüne rastlanmış ve hiçbir müdahale yapılmadan kapatılmıştır. Bu vak'anın postoperatuar devresinde yapılan tıbbî tedavi ile tam remisyon sağlanmış ve üç seneye yakın takibi sırasında klinik ve laboratuvar bulguları normal bulunmuştur. Akut episod sırasında cerrahi müdahale yapılan vak'aların sonucunda (vak'a 3), pankreas absesi delinmesine bağlı yaygın peritonitis tesbit edildi. Abse ve peritonun direnaji sağlanmak istenmiş, ancak bu hasta da erken postoperatif devrede ölmüştür. Akut pankreatitis episodü sırasında, özellikle bizim bazı vak'alarımızda da olduğu gibi, akut karın tablosu ile hastalığın geç devrelerinde kliniğe başvuran ve tanıda güçlük gösteren hastalarda acil cerrahi müdahale yapılabilir (2, 3). Son senelerdeki çalışmalarda (2 - 4), yalnızca laparotominin akut episod sırasında yapılsa bile akut pankreatitis'lilerde mortalite oranını arttırmadığı gösterilmiştir. Ancak, Salzman ve arkadaşlarının çalışmalarının (5, 6) ışığında, bizim de acil operasyona alınan iki vak'a da uyguladığımız internal dekompresyon yönteminden kaçınılmalıdır (7, 8). Çeşitli nedenlere bağlı olarak laparotomi yapılan akut pankreatitis'lilerde, elden geldiği kadar konservatif davranmalıdır (2 - 4, 7, 8).

Öteyandan, akut pankreatitis'e sebep olabilecek ve cerrahi yöntemlerle ortadan kaldırılabilecek etyolojik faktörlerin bulunduğu vak'alarda bu amaçla yapılacak selektif cerrahi müdahale, episod geçiştirildikten en az 4 ile 6 hafta sonraya bırakıl-

malıdır (7 - 9). Bu genel görüş açısından gidilen ve akut episod geçirildikten 6 - 8 hafta sonra selektif cerrahi müdahale yapılan hastalarımızda (vak'a 14 - 16) iyi neticeler alınmıştır.

ÖZET :

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniğinde 1966 - 1973 seneleri arasında görülen 16 akut pankreatitis'li vak'a takdim edildi, seyir ve prognoz açısından incelendi. Bu vak'alardan 10'u en az bir sene, 6'sı en az iki sene takip edilmişlerdir. Vak'aların takipleri sırasında görülen gelişmeler ayrıntıları ile belirtildi. Akut episod sırasında uygulanan tedavi yönteminin, prognoz açısından önemli olduğu bulundu. Tanı kesin ise, akut episod sırasında rutin tıbbi tedavi uygulanmalıdır. Özellikle tanıda güçlük gösteren ve akut abdomen ile başvuranlarda, laparotomi denenebilir. Ancak akut pankreatitis bulunduğu anda, pankreasta internal dekompresyon esasına dayanan cerrahi yöntemlerin uygulanması sakıncalı bulunmuştur. Öte yandan, safra taşı veya diğer nedenlerle elektif operasyon, akut episod'dan 6 - 8 hafta geçtikten sonra yapılmalıdır.

SUMMARY

The Survival and Prognosis in the Acute Pancreatitis

Sixteen acute pancreatitis were seen in the Gastroenterology Department of the Ankara University of the Medical School between 1966 up to 1973. These cases were presented and investigated by the survival and prognostic point of view. Ten cases with acute pancreatitis were followed at least for one year, the six of these at least for two years. The interesting manifestations during the survival were documented in detail. The management during the acute episode were found as an important point for the prognosis. The routine treatment of the acute episode should be conservative as long as the diagnosis is reasonably certain. It would therefore seen rational to suggest that laparotomy is indicated when the diagnosis is questionable in the patient with the acute abdomen. However, when acute pancreatitis in discovered during laparotomy, internal decompression for the pancreas should not be performed. Moreover, elective

operation for proven gallstones or some other conditions should usually be carried out about six to eight weeks after the acute episode.

LİTERATÜR

- 1 — Aktan, H., Onaran, L. ve Paykoç, Z. : Hiperlipemia ve pankreatitis. *Ma-vi Bülten*. 3:34, 1971.
- 2 — Louw, J. H., Marks, I. N. ve Banks, S. : The management of severe acute pancreatitis. *Postgrad. Med. J.* 43:31, 1967.
- 3 — Trapnell, J. E. ve Lees, C. W. : Role of early laparotomy in acute pancreatitis. *Ann. Surg.* 165:49, 1967.
- 4 — Trapnell, J. : The natural history and management of acute pancreatitis. *Clinics in Gastroenterology*. 1:147, 1972.
- 5 — Salzman, E. W. ve Bartlett, M. K. : Pancreatic duct exploration in selected cases of acute pancreatitis. *Ann. Surg.* 158:859, 1963.
- 6 — Salzman, E. W. ve Nardi, G. L. : Emergency operation for internal decompression : Role of pancreatic duct exploration in acute pancreatitis. *Current Surgical Management*. III:365, 1965.
- 7 — Menguy, R. : Surgery of pancreatic disease. In *Modern Treatment*, Harper and Row, New York, II:477, 1965.
- 8 — Marks, I. N., Bank, S. ve Louw, J. H. : The diagnosis and management of pancreatitis. *Progress in Gastroenterology*, Grune and Stratton, New York and London. I:412, 1968.
- 9 — Dreiling, D. A., Janowitz, H. D. ve Perrier, C. V. : Pancreatic inflammatory disease (A physiologic approach), Harper and New York, 149, 1964.