

# Kronik pankreatitte yaşam kalitesini yükseltmek için rezektif cerrahi

Pancreatic resection for quality of life in chronic pancreatitis

Murat ZEYTUNLU<sup>1</sup>, Murat AYNACI<sup>1</sup>, Özgür FIRAT<sup>1</sup>, Deniz NART<sup>2</sup>, Oktay TEKEŞİN<sup>3</sup>, Refik KİLLİ<sup>4</sup>, Yıldırım YÜZER<sup>1</sup>

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı<sup>1</sup>, Patoloji Anabilim Dalı<sup>2</sup>, Gastroenteroloji Bilim Dalı<sup>3</sup>, Radyoloji Anabilim Dalı<sup>4</sup>, İzmir

**Giriş ve amaç:** Bu çalışma, kronik pankreatit nedeni ile rezektif cerrahi uygulanan hastalarda cerrahinin, yaşam kalitesine etkisi ile birlikte kısa dönem sağ kalıma etkisini değerlendirme amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve yöntem:** Ocak 1995-Mayıs 2003 arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Hepatopankreatobilier Birimi'nde 18 hastaya kronik pankreatit nedeni ile pankreas rezeksiyonu uygulandı. Hastalığın etyolojisi, semptomları, tanı yöntemleri, cerrahi endikasyonlar, uygulanan cerrahi prosedür, hastanede kalış süresi ile birlikte kısa dönem sağ kalım analiz edildi. **Bulgular:** Kronik pankreatit nedenleri; 10 hastada alkol, 8 hastada idiopatik olarak belirlendi. En sık görülen semptomlar karın ağrısı, sarılık, bulantı ve kusma, kilo kaybı ve diare olarak saptandı. Hastalarda özgeçmişte en sık izlenen komorbiditenin diabetes mellitus olduğu izlendi. Tüm hastalara pankreas rezeksiyonu uygulandı. 10 hastaya (%55) pankreatikoduodenektomi, 4 hastaya distal pankreatektomi (%22.5), 4 hastaya medial pankreatektomi (%22.5) uygulandı. Ortalama hastanede kalım süresi 10 gün (5-20 gün) ve ortalama izlem süresi 32 ay (4-60 ay) idi. Bu periyotta mortal seyreden olgumuz olmadı. Hiçbir hastada uzun dönemde analjezik verme gereksinimi duyulmadı, ancak tüm hastalara ekzokrin pankreas fonksiyonu için tıbbi tedavi verildi. **Sonuç:** Elde ettiğimiz veriler gözönüne alındığında hayat kalitesinde belirgin bir düzelmeye yaratan rezektif cerrahiye kronik pankreatitli hastaların tedavisinde önemli bir seçenek olarak sunmaktayız.

**Anahtar sözcükler:** Kronik pankreatit, rezektif cerrahi, hayat kalitesi

**Background/aim:** This study was done to investigate the impact of resective surgery due to chronic pancreatitis on patients' short-term survival and life quality. **Materials and methods:** Between January 1994 and May 2003, 18 patients were operated due to chronic pancreatitis in Ege University Medical Faculty, Department of General Surgery, Hepatopancreatobiliary Unit. The etiologies, symptoms, diagnostic methods, surgical indications, surgical procedures, and duration of hospitalization were analyzed in relation to short-term survival. **Results:** The etiologies of chronic pancreatitis were alcohol in 10 patients, and idiopathic in 8 patients. The most common symptoms were abdominal pain, jaundice, fatigue, vomiting, weight loss and diarrhea. The most common comorbidity observed in patients was diabetes mellitus. All of the patients underwent pancreatic resection. Ten patients underwent pancreaticoduodenectomy (55%), 4 patients distal pancreatectomy (22.5%), and 4 patients medial pancreatectomy (22.5%). The median hospital stay was 10 days (5-20) and the median follow-up was 32 months (4-60 months). None of the patients required analgesic treatment as a further treatment, though all were given medical treatment for the exocrine function of the pancreas. **Conclusion:** Considering the data collected, we propose pancreatic resection in chronic pancreatitis patients as an important modality of treatment in view of its contribution to better life quality.

**Key words:** Chronic pancreatitis, resective surgery, quality of life

## GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik pankreatit, bezin atrofisiyle sonuçlanan, egzokrin ve endokrin fonksiyonları bozan, bezde kalıcı hasara yol açan inflamatuvar bir süreçtir (1).

Kronik pankreatitin bilinen nedenleri arasında; metabolik ve toksik (alkol kullanımı, hiperkalsemi gibi), morfolojik (pankreas divisium), herediter ve mutasyonel (tripsinojen ve kistik fibrozis mutasyonu), immunolojik (viral enfeksiyonlar) veya idiopatik pankreatit sayılmaktadır (2). Karın ağrısı nedeni ile semptomatik tedavi uygulanan kronik pankreatitli hastaların cerrahiye verildiğinde çoğunlukla narkotik analjezik kullan-

makta oldukları izlenmiştir. Kronik pankreatitli hastalara uygulanan cerrahi prosedürler temel olarak rezektif prosedürler ve drenaj prosedürleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hastalıklı pankreas dokusu olup duktal anatomisi normal olan hastalara uygulanan rezektif prosedürler içerisinde; pankreatikoduodenektomi, distal pankreatektomi, duodenum koruyucu pankreas başı rezeksiyonu (Beger Prosedürü) ve total pankreatektomi sayılabilir. Duktal obstrüksiyonu olan hastalara uygulanan drenaj prosedürleri ise; longitudinal pankreatikojejunostomi (Puestow prosedürü), pankreas başının lokal rezeksiyonu ile birlikte longitudinal pankreatikojejunostomi (Frey prose-

dürü), distal pankreatikojejunostomi (Duval prosedürü)'yi içerir. Eğer pankreatik kanal 7 mm'den geniş ve pankreas başında inflamatuvar kitle tespit edilemediyse ağrıya intrapancreatik duktal basınç artışının neden olduğu kabul edilerek ağrıyı azaltmak için dilate ana kanalın drenajı uygulanmalıdır (3). Bu prosedürlerin hangisinin uygulanacağına preoperatif yapılan endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) ile karar verilir. ERCP ve MRCP; 7 mm'den geniş ve 4-7 mm arasında normal genişlikte olan kronik pankreatit olarak kronik pankreatitin 2 anatomik şeklini tanımlar (4).

Geçen üç dekatta hastalığın cerrahi tedavisinde birçok gelişme olmuştur. Cerrahi prosedür; kolay ve güvenilir olması, ağrının geçirilmesi, morbidite ve mortaliteyi azaltmayı ve bunların hayat kalitesine etkisini değiştirmeyi içermelidir (5). Bu seride, kronik pankreatitte rezektif cerrahi sonuçlarını irdeleyerek bunun yaşam kalitesine etkisi tartışılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1995 ve Mayıs 2003 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Hepatopankreatikobilyer Birimi'nce kronik pankreatit nedeni ile toplam 18 hastaya rezektif cerrahi uygulandı. Hastaların demografik verileri, özgeçmişi, başvuru semptomları, hastanede kalış süresi, kısa dönem sağ kalım, hastalığın etyolojisi, tanı yöntemleri, cerrahi endikasyonlar, uygulanan cerrahi prosedür ve uygulanan rezektif cerrahinin sonuçlarını değerlendirmek amacı ile retrospektif analizler yapıldı. Seride 14 erkek ve 4 kadın hasta incelendi. Ortalama yaş 42 (24-69) idi. En sık rastlanan semptom refrakter karın ağrısı olmakla birlikte diğer semptomlar; sarılık, bulantı ve kusma, kilo kaybı ve diyare olarak izlendi (Tablo 1).

Rezektif cerrahi uyguladığımız hastaların özgeçmişinde; 4 hastada diabetes mellitus (DM), 2 hastada hipertansiyon (HT), 2 hastada koroner arter hastalığı ve bir hastada kardiyak ritm bozukluğu mevcuttu (Tablo 1). Kronik pankreatit etyolojisinde yer alan nedenler olarak 10 hastada alkol, 8 hastada idiyopatik (İdiyopatik grupta bir olguda beraberinde hiperlipidemi) saptandı (Tablo 2).

Rezektif cerrahi uyguladığımız hastaların 6'sında geçirilmiş akut pankreatit atağı olduğu gözlemlendi.

**Tablo 1.** Olguların demografik verileri, semptom ve bulgular, özgeçmişleri (N:18)

Demografik veriler	Yıl
Yaş	24-69
Ortalama yaş	42
Cins	Sayı (%)
Erkek	14 (% 78)
Kadın	4 (% 22)
Semptom ve bulgular	Olgu Sayısı (%)
Karın ağrısı	16 (% 89)
Sarılık	6 (% 33)
Bulantı ve kusma	4 (% 22)
Kilo kaybı	3 (% 17)
Diyare	2 (% 11)
Özgeçmiş	Sayı (%)
Diabetes Mellitus	4 (% 22)
Hipertansiyon	2 (% 11)
Koroner Arter Hastalığı	2 (% 11)
Kardiyak Ritm Bozukluğu	1 (% 5)

Refrakter karın ağrısına bağlı narkotik analjezik kullanan hasta sayısı 8 (%46.6) idi. Bu hastalardan birinde narkotik analjezik bağımlılığı ile beraber depresif mizaç geliştiği ve major depresyon tedavisi almakta olduğu izlendi. Rezektif cerrahi sonrası hayat kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu'nun kronik hastalıklar için spesifik olan hayat kalitesini sorgulama testi (European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC; Quality-of-Life Questionnaire, QLQ-C30, version 3, EORTC Study Group on Quality of Life, Brussels, Belgium) kullanıldı (6). İstatistiksel değerlendirme için Microsoft SPSS programı kullanılarak tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

**Tablo 2.** Kronik pankreatitte etyoloji

Etyoloji	Sayı (%)
Alkol	10 (% 55)
İdiyopatik*	8 (% 45)

\*İdiyopatik etiolojide izlenen bir olguda beraberinde hiperlipidemi saptanmıştır

## BULGULAR

Hastaları kliniğe başvuru tablosu baz alınarak değerlendirdiğimizde; ağrı, bilier obstrüksiyon, diabetes mellitus, pankreatik psödokiste bağlı semptomlar ve diyareyi kronik pankreatitin kliniğe yansıyan bulguları olarak saptadık. Kronik pankreatit tanısı; 12 hastada bilgisayarlı tomografi, 2 hastada ultrasonografi, 2 hastada ultrasonografi ile kombine ERCP, 1 hastada endoskopik ultrasonografi ve malinite kuşkusu olan bir hastada intraoperatif ultrasonografi ile kondu.

Refrakter karın ağrısı, kronik pankreatit komplikasyonu gelişimi (pankreatik psödokist, biliyer obstrüksiyon), narkotik bağımlılığı, ve malinite şüphesi başlıca operasyon endikasyonlarımızı oluşturmuştur.

Bu hasta grubu preoperatif tetkikleri tamamen kronik pankreatit ile uyumlu olan hasta grubudur. %33 gibi ikter şikayeti olan hasta grubunda ise pankreas baş lokalizasyonlu safra kanalında striktür yaratmış lezyon saptanmıştır. Hastaların gerek anamnezi gerekse de preoperatuvar tümör markerları ve USG ile saptanan kanlanma paternleri maliniteyi ikinci planda düşündürmüştür. Pankreasta kitle nedeniyle rezeksiyon uygulanmış ve patoloji sonucu kronik pankreatit olarak gelmiş hasta grubu bu çalışmaya alınmamıştır.

Kronik pankreatitli hastaların tümüne rezektif cerrahi uygulandı. On hastaya pankreatoduodonektomi, dört hastaya distal pankreatektomi, dört hastaya medial pankreatektomi uygulandı (Tablo 3). (Resim 1).

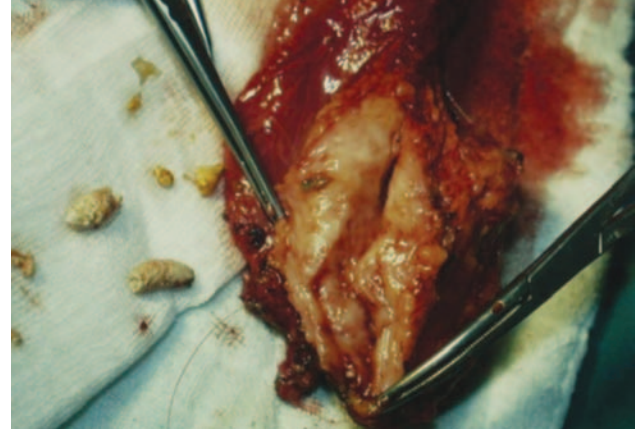
**Tablo 3.** Uygulanan rezektif cerrahi prosedürleri ve postoperatif morbidite

Uygulanan rezektif cerrahi prosedürleri	Sayı (%)
Pankreatikoduodonektomi	10 (% 55)
Distal pankreatektomi	4 (% 22.5)
Medial pankreatektomi	4 (% 22.5)
Postoperatif morbidite	Sayı (%)
Endokrin yetmezlik (İnsülin ihtiyacı)	2 (% 11)
Cerrahi alan enfeksiyonu	2 (% 11)
Pnömoni	1 (% 5)
Akut myokard infarktüsü	1 (% 5)

Tüm prosedürlerde mortalite saptanmamakla birlikte altı hastada morbidite gelişmiştir. Hastaların postoperatif izleminde reoperasyon gerektirecek medikal bir problem ortaya çıkmamıştır. İki hastada post operatif insülin replasmanı gerektiren endokrin fonksiyonda yetmezlik, iki hastada cerrahi alan enfeksiyonu, bir hastada pnömoni ve koroner arter hastalığı öyküsü olan bir hastada post operatif gelişen akut myokard enfarktüsü olmak üzere toplam altı hastada morbidite izlendi (Tablo 3).

Ortalama hastanede kalış süresi on gündü (5-20). Ortalama izlem süresi 32 aydı (4-60 ay). İzlem süresince hiçbir hastada pankreatit atağı saptanmadı.

Postoperatif erken dönem (hastane yatış periyodu) sonrasında uzun dönem izleminde hiçbir hasta analjezik gereksinimi duymadı. Egzokrin pankreas



**Resim 1.** Kronik pankreatitte pankreas rezeksiyon piyesi ve pankreatik taşlar

fonksiyonu sağlamak için hastalara pankreatik enzim replasmanı amacı ile tıbbi tedavi verildi. Çalışmamızda hastanın klinik bulguları, radyolojik incelemelerin sonuçları ve intraoperatif bulgular cerrahi girişim açısından belirleyici faktörler olarak saptanmıştır.

Rezektif cerrahi sonrası hayat kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu'nun hayat kalitesini sorgulama testi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Bu sorgulama testi hastalar tarafından bireysel olarak yanıtlandı. Bu testte hastaların semptomları, fiziksel durumları, çalışabilirlikleri, duygusal, kognitif ve sosyal fonksiyonlarını hayat kalitesi skalasında değerlendiren 30 madde mevcuttur. Literatürde daha önceden kronik pankreatitli hastalarda geçerliliği kanıtlanmıştır (6-9).

Bu sorgulama testi 3 zaman aralığı süresince prospektif olarak çalışılmıştır:

1. Hastalıktan önceki dönem (A0)
2. Cerrahi sonrasındaki 9 ile 12 aylık dönem (A1)
3. Cerrahi sonrasındaki 18 ile 24 aylık dönem (A2)

Postoperatif 9-12. ve 18-24. aylardaki izleminde ağrı palyasyonunun %89 hastada mükemmel sağlandığı izlenmiştir.

## TARTIŞMA

Kronik pankreatitin tıbbi tedavisi oldukça zor bir terapötik problemdir. Pankreatitin sebebi olarak birçok seride hastaların %75-90'ında alkol gösterilmekte, %20-25'inde sebep idiyopatik olarak bildirilmektedir (10).

Kronik pankreatitli hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve medikal olarak giderilemeyen ağrı cerrahi endikasyonun en sık rastlanan sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Cerrahi endikasyonlar arasında yaşam kalitesinin bozulması, narkotik bağımlılığı, malinite şüphesi ve kronik pankreatite bağlı komplikasyonların gelişimi sayılabilir. Bizim serimizdeki en sık cerrahi endikasyonlarımız refrakter karın ağrısı ve obstrüktif sarılık olarak göze çarpmaktadır. Rekürren akut pankreatit ataklarına ait hikaye, sarılığın klinik işaretleri, palpabl psödokistler ve splenomegali kronik pankreatit tanısında değerlidir fakat bu bulgular nonspesifiktir. Kronik pankreatit tanısında pankreas kanallarındaki değişimleri gösteren ERCP ve kontrastlı BT morfolojik altın standarttır. Konvansiyonel MR, MR Anjio, MRCP, diğer alternatif yöntemlerdir (2).

Serimizde % 66,6 hastada kronik pankreatit tanısını bilgisayarlı tomografi (BT) ile konduğunu gözledik. Bunun yanısıra bir hastamızda kronik pankreatit tanısı endoskopik ultrasonografi ile kondu. Endoskopik Ultrasonografi (EUS)'nin direkt batın grafisi, batın USG, bilgisayarlı tomografi (BT) ile tanı konulamayan kronik pankreatit olgularında tanıda altın standart teknik olabileceği ileri sürülmektedir. Düşük riski ve yüksek duyarlılığı nedeni ile bir tanısal tetkik olarak ileride

ERCP'nin yerini alabileceği bildirilmektedir. Bununla beraber pankreasın kistik lezyonlarının tanını ve tedavisinde de EUS'nin önemli bir yeri vardır. EUS eşliğinde verilen nörolitik ajanlarla yapılan çölyak pleksus sinir blokları diğer sinir blokaj tekniklerinden daha etkili görüldüğü kronik pankreatit tanısı olan ve bu nedenle ağrı çeken hastaların primer tedavi yönteminin rezektif cerrahi veya drenaj prosedür yöntemleri olduğu bildirilmektedir (11).

Yayınlanan 3 çalışmada karşılaştırılabilir gözlem zamanı ile (6,3-9,8 yıl) kronik pankreatitli hastalarda %20,8-35 ölüm oranı ve ölümlerin yarısının pankreas dışında GİS'de gelişen kanserlere bağlı olduğu bildirilmiştir (12-14). Değişik serilerde cerrahi girişim sonrası kronik pankreatitte geç dönem mortalite sebebi %20-50 arasında değişen (15-20) son dönem karaciğer hastalığı, suisid, kalp hastalığı ve pankreatik endokrin yetmezliğe bağlı problemler olarak gösterilmektedir. Bu serilerde uzun dönem sağ kalım 5 ve 10 yıllık olarak %88 ve %82 olarak bildirilmektedir (21-24).

Kronik pankreatit ön tanısı ile operasyonu planlanan hastalarda eğer maliniteden şüpheleniliyorsa rezektif girişimler uygulanmalıdır. Drenaj prosedürleri malinite bulgusu olmayan, pankreas kanalı dilatasyonu olan hastalarda uygulanabilir.

**Tablo 4a.** Rezektif cerrahi uyguladığımız hastalarda hayat kalitesini değerlendirmek için kullanılan prospektif analiz testinin fonksiyonel skala (EORTC) sonuçları

Fonksiyonel Skalalar	Olgu Sayısı	%	Değerlendirme (p)
<b>Fiziksel durum</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	2	%11	
Preoperatif döneme göre daha iyi	16	%89	
<b>Çalışabilirlik</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	4	%22	
Preoperatif döneme göre daha iyi	14	%78	
<b>Kognitif fonksiyon</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	1	%6	
Preoperatif döneme göre daha iyi	17	%94	
<b>Emosyonel durum</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	1	%6	
Preoperatif döneme göre daha iyi	17	%94	
<b>Sosyal durum</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	3	%17	
Preoperatif döneme göre daha iyi	15	%83	
<b>Global hayat kalitesi</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	1	%6	
Preoperatif döneme göre daha iyi	17	%94	

A0: Preoperatif; A1: Postoperatif 9-12 aylık izlem dönemi; A2: Postoperatif 18-24 aylık izlem dönemi; Preoperatif dönem ile 1. ve 2. yıl izlem periyodları arasındaki istatistiksel farklılık: < anlamlı düzelmeye; = değişiklik yok

**Tablo 4b.** Rezektif cerrahi uyguladığımız hastalarda hayat kalitesini değerlendirmek için kullanılan prospektif analiz testinin semptom skala (EORTC) sonuçları

Semptom Skalalar	Olgu Sayısı	%	Değerlendirme (p)
<b>Ağrı</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	2	%6	
Preoperatif döneme göre daha iyi	16	%89	
<b>Diare</b>			<b>A0=A1 ve A2 (p&gt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	12	%44	
Preoperatif döneme göre daha iyi	6	%56	
<b>Bulantı/Kusma</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	2	%11	
Preoperatif döneme göre daha iyi	16	%89	
<b>İştahsızlık</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	3	%17	
Preoperatif döneme göre daha iyi	15	%83	
<b>Halsizlik</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	3	%17	
Preoperatif döneme göre daha iyi	15	%83	
<b>Uykusuzluk</b>			<b>A0&lt;A1 ve A2 (p&lt;0.05)</b>
Preoperatif döneme göre daha kötü	0	%0	
Preoperatif döneme göre değişiklik yok	3	%17	
Preoperatif döneme göre daha iyi	15	%83	

A0: Preoperatif; A1: Postoperatif 9-12 aylık izlem dönemi; A2: Postoperatif 18-24 aylık izlem dönemi;  
Preoperatif dönem ile 1. ve 2. yıl izlem periyodları arasındaki istatistiksel farklılık: < anlamlı düzelme; = değişiklik yok

İzbicki ve ark. Frey prosedürünü kronik pankreatitin küçük kanal formunu tedavi etmek için drenaj ve lokal rezeksiyonu kombine ederek modifiye etmişlerdir. Ventral pankreasa yapılan V şeklinde kesiyi longitudinal pankreatikojunostomi ile sekonder ve tersiyer duktal branşların drenajı takip etmesiyle yapılmıştır. Median takip süresinin 30 ay olduğu küçük bir hasta grubunda ilk sonuçlar umut verici olarak gözükmemektedir. Kalıcı ağrı giderilmesi (ağrı skoru %95 azalmış), hayat kalitesinde iyileşme (hayat kalitesi iyileşme indexi %67), hastane mortalitesi %0 ve morbidite %15,4 olarak bildirilmiştir (25).

Son dönemlerde kronik pankreatitte cerrahi tedavi geniş rezeksiyondan organ koruyucu prosedürlere doğru kaymaktadır. Klasik Whipple operasyonu kronik pankreatit için standart operasyon olmaktan çıkmaktadır. Beger prosedürü ve PPPD ekzokrin ve endokrin fonksiyonları korunmakta ve %90 hastada ağrıyı gidermekte ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlamakta olduğu belirtilmiştir (2).

Mevcut serilere göre kronik pankreatitte cerrahi güvenilir, kabul edilebilir mortalite ve morbidite oranları ile uygulanabilmektedir. Endokrin ve egzokrin yetmezliği arttırmasına karşın hastaların girişim sonrası hayat kalitesi artmakta ve

uzun dönem sağ kalımları kabul edilebilir düzeylere gelmektedir.

Türk literatüründe kronik pankreatit ile ilgili olan makale sayısı azdır. Çalışmamızdaki toplam 18 olgunun büyük çoğunluğunu erkekler (%78) oluşturmaktadır. Ortalama yaş olarak 42 izlenmiştir. En sık başvuru semptomu olarak refrakter karın ağrısı (%89) izlenmektedir. Etiyolojik dağılıma baktığımızda %55 alkol ve %45'lik grupta idiopatik etioloji izlenmiştir. Tümünde pankreas rezeksiyonu uygulanmış olup en sık kullanılan cerrahi operasyon baş bölümünde yerleşmiş olan hastalık nedeniyle pankreatoduodenektomi (%55) olmuştur. Tüm hastalarda postoperatif 1. ve 2. yıl izlemlerine ait olarak yapılan subjektif sorgulama testinde preoperatif döneme göre istatistiksel olarak olumlu yanıt izlenmiştir. Makale içinde sadece gruba ait hastalarda çalışma yapıldığından dolayı, kronik pankreatit tedavisinde kullanılan drenaj prosedürleri ile karşılıklı değerlendirme yapılmamıştır. Ancak izole gruba ait sonuçlar rezeksiyon sonrası hayat kalitesinde %89'lara varan oranda iyileşme olduğu sonucunu vurgulamaktadır.

Sonuç olarak bu benign hastalık için pankreatik rezeksiyonun güvenilir olduğunu kanıtlamak amacı ile birçok çalışma yapılmıştır. Cerrahi

başarı ağrının kontrolü ve hastanın hayat kalitesini arttırmadaki değişiklik baz alınarak değerlendirilir. Verilerimiz ışığında endokrin ve egzokrin yetmezliği arttırabilme olasılığına karşın, girişim sonrası ağrının kontrolünün sağlanması, ha-

yat kalitesini arttırması ve sağ kalımın kabul edilebilir düzeyde olması nedeni ile pankreasa yönelik rezektif cerrahinin kronik pankreatitli hastaların tedavisinde önemli bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Büchler MW, Friess H, Beger HG, et al. Randomized trial of duodenum-preserving pancreatic head resection versus pylorus-preserving Whipple in chronic pancreatitis. *Am J Surg* 1995; 169: 65-9.
2. Hartel M, Tempia-Caliera AA, Büchler M, et al. Evidence-based surgery in chronic pancreatitis. *Langenbecks Arch Surg* 2003; 388(2): 132-9.
3. Prinz RA, Greenlee HB. Pancreatic duct drainage in chronic pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 1990; 37: 295-300.
4. İzbicki JR, Bloechle C, Broering DC, et al. Extended drainage versus resection in surgery for chronic pancreatitis: a prospective randomized trial comparing the longitudinal pancreaticojejunostomy combined with local pancreatic head excision with the pylorus-preserving pancreatoduodenectomy. *Ann Surg* 1998; 228: 771-9.
5. Sohn TA, Campbell KA, Pitt HA, et al. Quality of life and long-term survival after surgery for chronic pancreatitis. *J Gastrointest Surg* 2000; 4: 355-65.
6. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 365-76.
7. Bjordal K, Kaasa S. Psychometric validation of the EORTC core quality of life questionnaire, 30-item version and a diagnosis-specific module for head and neck cancer patients. *Acta Oncol* 1992; 31: 311-21.
8. Schwarz R, Hinz A. Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. *Eur J Cancer* 2001; 37: 1345-51.
9. Bloechle C, İzbicki JR, Knoefel WT, et al. Quality of life in chronic pancreatitis-Results after duodenum-preserving resection of the head of the pancreas. *Pancreas* 1995; 11: 77-85.
10. Di Magno EP, Layer P, Clain JE. Chronic pancreatitis. In: Go VWL, Di Magno EO, Gardner JD (eds) *The pancreas*, 1st edn. Raven, New York, 1993 pp 655-706.
11. Snady H. Endoscopic ultrasonography in benign pancreatic disease. *Surg Clin North Am*. 2001; 81(2): 329-44.
12. Lankisch PG, Lohr-Happe A, Otto J, et al. Natural course in chronic pancreatitis. Pain, exocrine and endocrine pancreatic insufficiency and prognosis of the disease. *Digestion* 1993; 54: 148-55.
13. Ammann RW, Akovbiantz A, Largiader F, et al. Course and outcome of chronic pancreatitis. Longitudinal study of a mixed medical-surgical series of 245 patients. *Gastroenterology* 1984; 86: 820-8.
14. Miyake H, Harada H, Kunichika K, et al. Clinical course and prognosis of chronic pancreatitis. *Pancreas* 1987; 2: 378-85.
15. Sato T, Miyashita E, Matsuno S, et al. The role of surgical treatment of chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1986; 203: 266-71.
16. White TT, Slavotinek AH. Results of surgical treatment of chronic pancreatitis. Report of 142 cases. *Ann Surg* 1979; 189: 217-24.
17. Leger L, Lenriot JP, Lemaigre G. Five to twenty year followup after surgery for chronic pancreatitis in 148 patients. *Ann Surg* 1974; 180: 185-91.
18. Adams DB, Ford MC, Anderson MC. Outcome after lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1994; 219: 481-9.
19. Frey CF, Child CG, Fry W, et al. Pancreatectomy for chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1976; 184: 185-92.
20. Warren KW. Surgical management of chronic relapsing pancreatitis. *Am J Surg* 1969; 117: 24-32.
21. Proctor HJ, Mendes OC, Thomas CG, et al. Surgery for chronic pancreatitis. Drainage versus resection. *Ann Surg* 1979; 189: 664-71.
22. Yeo CJ, Cameron JL, Lillemoe KD, et al. Pancreaticoduodenectomy for cancer of the head of the pancreas. 201 patients. *Ann Surg* 1995; 221: 721-33.
23. Braasch JW, Vito L, Nugent FW. Total pancreatectomy for end-stage chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1978; 188: 317-22.
24. Eckhauser FE, Strodel WE, Knol JA, et al. Near-total pancreatectomy for chronic pancreatitis. *Surgery* 1984; 96: 599-607.
25. İzbicki JR, Bloechle C, Broering DC, et al. Longitudinal V-shaped excision of the ventral pancreas for small duct disease in severe chronic pancreatitis: prospective evaluation of a new surgical procedure. *Ann Surg* 1998; 227: 213-9.