



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi

Olgu Sunumu

20.09.2019

Araş. Gör. Dr. Gözde ÖRÇEN



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Servis Olgu Sunumu

20.09.2019

Araş. Gör. Dr. Gözde ÖRÇEN

Araş. Gör. Dr. Aslıhan EROĞLU ZAMAN

OLGU

- 4 yaşı 7 aylık kız hasta
- Sabah başlayan kıvrandırıcı tarzda karın ağrısı olan hastanın ağrıdan birkaç saat sonra 2-3 kez kusması olmuş. Karın ağrısını epigastrik bölgede tanımlayan hastanın ağrısı sırtına yayılmaya başlamış. Gaita çıkışından sonra biraz ağrısı rahatlamış.
- Hastamız her gün gaytasını yapıyormuş. Günde 4-5 kez yaparmış. Kıvamı normal. Gaytasında kan mukus yok. Ateşi olmamış.

ÖZGEÇMİŞ:

- **Prenatal:** Özellik yok.
- **Natal:** 3700 gr olarak miadında normal yolla doğmuş.
- **Postnatal:** YBYÜ yatış yok.Fototerapi almamış.Aşıları tam.
- Bilinen hastalığı,alerjisi yok.Geçirilmiş operasyon yok.
- Devamlı kullandığı ilaç yok.

SOYGEÇMİŞ:

- **Anne:** 34 yaş,SS
- **Baba:** 36 yaş,SS
- **Hastamız:** 1.çocuk
- Anne ve baba arasında akrabalık yok.
- Ailede bilinen hastalık yok.

Fizik Muayene

Ateş: 36,3

SPO2: 99%

TA: 110/60 mmHg

KTA: 93/dk

Boy: 100 cm (10 p)

Kilo: 16 kg (25-50 p)

Fizik Muayene

Genel durum: İyi. Bilinç açık, oryante, koopere.

Deri: Turgoru doğal. KDZ<2 sn. Solukluk, morarma yok.

Baş ve boyun: Saç ve saçlı deri doğal. LAP yok.

Gözler: IR+ / +.Göz hareketleri doğal.

KBB:Tonsilllorofarenks doğal.

KVS: S1+S2 doğal. Ek ses ve üfürüm duyulmadı.

Solunum Sistemi:Dinlemekle doğal. Ral,ronkus yok.HİHTSEK +

Batın: **Karında yaygın hassasiyet +** Defans yok . Rebound yok .HSM yok.

Ekstremiteler: Kas kitlesi doğal. Periferik nabızlar açık.

Nöromuskuler sistem: Doğal. Meningeal irritasyon bulgusu yok.

Genital muayene: Haricen kız.

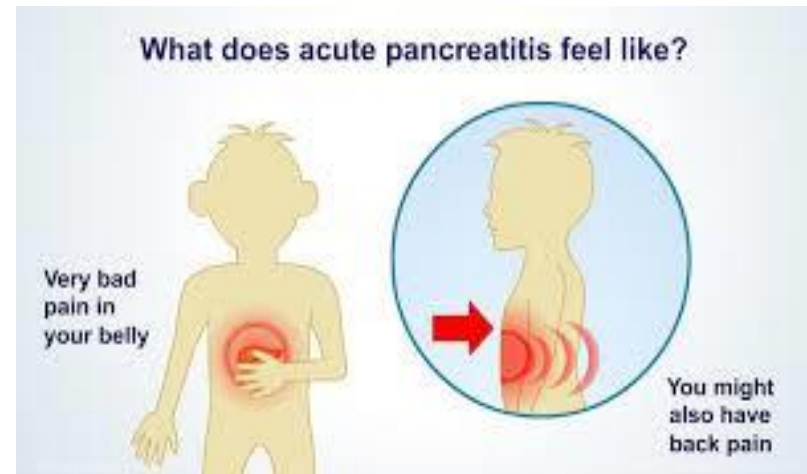
Diğer sistem muayenelerinde özellik yok.

Patolojik Bulgular

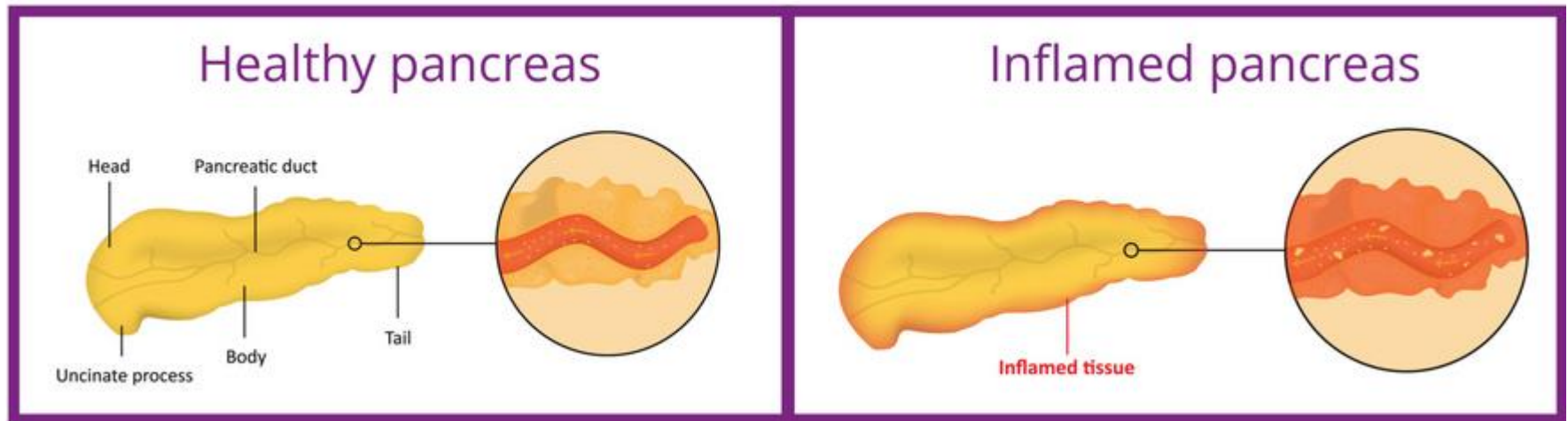
- ★ Sırta yayılan, kıvrandırıcı tarzda şiddetli karın ağrısı
- ★ Kusma
- ★ Batında yaygın hassasiyet

Ön tanılar?
Ek tetkik?





Akut Pankreatit ?



Laboratuvar Bulguları

Test Adı	Sonuç	Durum	Birim	eGFR (CKD-EPI Pediatrik)	209,52	mL/dk/1.73m²
Hemogram				Açlık Kan Şekeri (AKŞ)	72,9	D mg/dL
WBC	11,123	Y	x10 ³ /µL	Ürea	12,06	D mg/dL
NEU	8,953	Y	x10 ³ /µL	BUN (Kan üre azotu)	6	D mg/dL
NEU %	80,49	Y	%	Kreatinin	0,21	D mg/dL
LYM	1,315		x10 ³ /µL	AST (SGOT)	25,6	U/L
LYM %	11,82	D	%	ALT (SGPT)	9,3	U/L
MONO	0,780		x10 ³ /µL	GGT	9	U/L
MONO %	7,01		%	ALP (Alkalen Fosfataz)	223	Y U/L
EOS	0,011		x10 ³ /µL	LDH	277	Y U/L
EOS %	0,10	D	%	Bilirubin, Total	1,52	Y mg/dL
BASO	0,064		x10 ³ /µL	Bilirubin, Direkt	0,28	Y mg/dL
BASO %	0,58		%	Lipaz	2138	Y U/L
NRBC	0,004		x10 ³ /µL	Bilirubin, İndirekt	1,24	Y mg/dL
NRW	0,04		/100WBC	Amilaz	1784	Y U/L
RBC	4,676		x10 ⁶ /µL	Protein, Total	60,54	D g/L
HGB	12,13	D	g/dL	Albumin	41,66	g/L
HCT	35,58	D	%	Sodyum (Na)	139,4	mmol/L
MCV	76,10		fL	Potasyum (K)	4,20	mmol/L
MCH	25,94		pg	Globulin	18,88	mg/L
MCHC	34,09		g/dL	Klor (Cl)	107,7	mmol/L
PLT	444,8	Y	x10 ³ /µL	Düzeltilmiş Sodyum	139,0	
MPV	6,75	D	fL	Kalsiyum	9,4	mg/dL
RDW	14,16		%	Magnezyum (Mg)	1,7	D mg/dL
RDW-SD	38,94		fL	Fosfor (P)	5,25	Y mg/dL
				Ürik asit	2,63	mg/dL
				Düzeltilmiş Kalsiyum	9,27	mg/dL

Laboratuvar Bulguları

Kan Gazları

pH	7,413	(+)	
PCO2	28,6	D	mmHg
PO2	133	Y	mmHg
Na+	142		mmol/L
K+	3,4	D	mmol/L
iCa+	0,41	D	mmol/L
Cl	107		mmol/L
Glu	80		mg/dL
Laktat	14		mg/dL
Bili	1,8	Y	mg/dL
Baro	722		
tHb	10,2	D	g/dL
Hct	31,6	D	%
MetHb	1,8	Y	%
SO2	98,6		%
p50	25,49		
PO2t	133		mmHg
pHST	7,317		
O2Hb	96,4		%
OSM	287,7		mOsm/kg
H+	--		nmol/L
CtO2	14,1		
CtCO2 (P)	42,0		
CtCO2 (B)	37,0		
COHb	0,4	D	%
chCO3st	20,0		
chCO3	17,9	D	mmol/L
Bo2	13,9		
Beecf	-5,9		
Beact	-5,3		
Anyonik Gap (K)	20,3	Y	mmol/L
Anyonik Gap	16,9	Y	mmol/L

Test Adı

Sonuç

Tam İdrar Analizi (TİT)

FİZİKSEL ANALİZ

Renk	ACIK SARI
Bulanıklık	BERRAK
pH	6,5
Dansite	1,016
Kan	NEGATİF(-)
Lökosit	NEGATİF(-)
Glukoz	NEGATİF(-)
Protein	NEGATİF(-)
Bilirubin	NEGATİF(-)
Keton	NEGATİF(-)
Nitrit	NEGATİF(-)
Urobilinojen	Normal
Askorbik Asit	Negatif

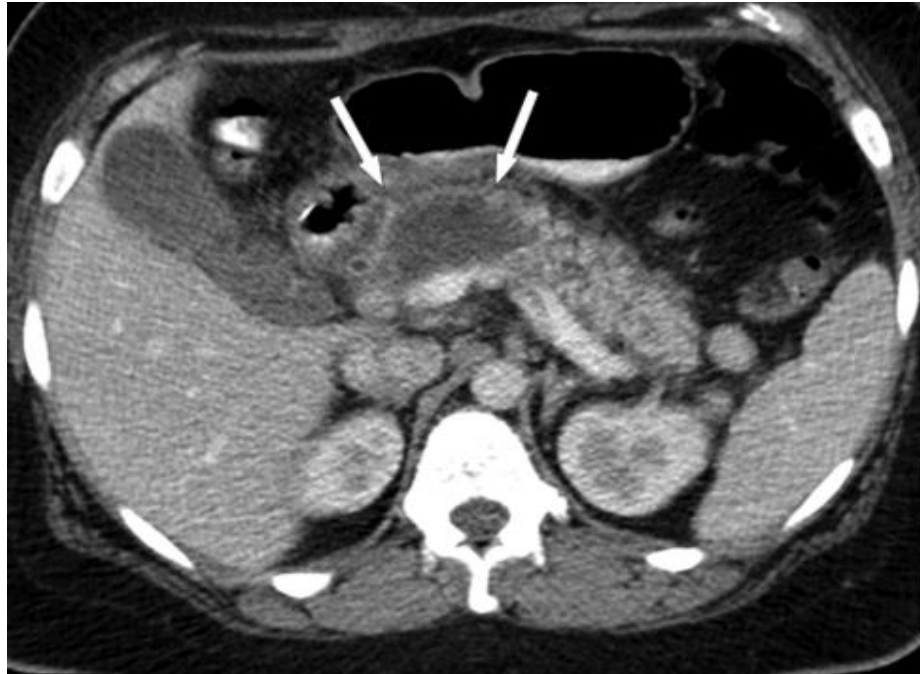
0,176 mikromol /L üzerindeki askorbik asit değerlerinde, idrarda Glukoz, k

MİKROSKOPİK ANALİZ

Eritrosit	<1
Lökosit	1

Görüntüleme

- Yapılan Tüm Batın BT incelemesinde:
- Pankreas kalınlığı artmış, peripankreatik alanda yaygın serbest sıvı artışı olan hastanın klinik ve laboratuvarı bulguları ile değerlendirildiğinde akut pankreatit ile uyumlu bulundu.



AYIRICI TANI

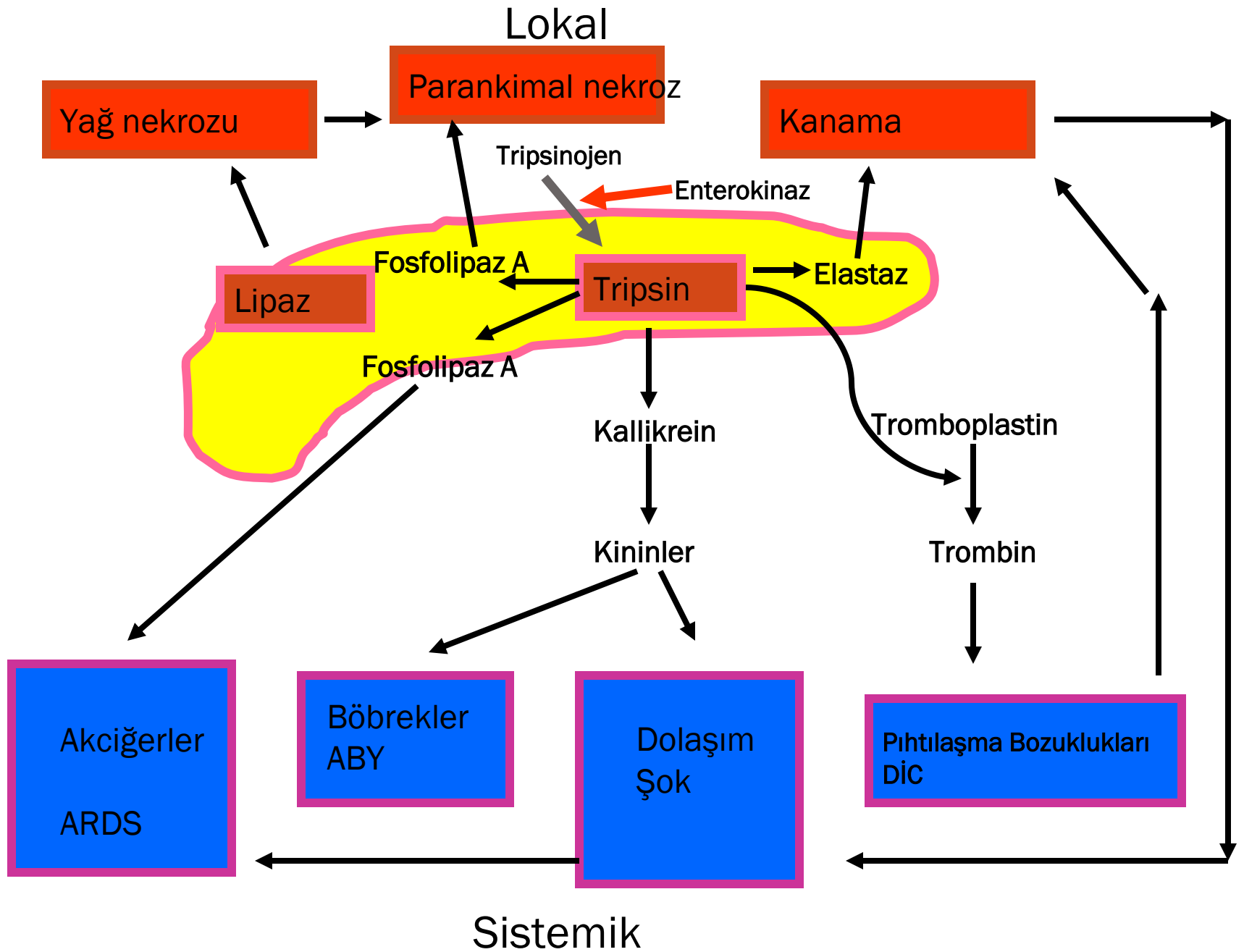
- Akut pankreatitin ayırıcı tanısı, epigastrik karın ağrısının diğer nedenlerini içerir:
- Peptik ülser hastalığı
- Koledokolitiazis veya kolanjit
- Kolesistit
- Perforasyon
- İleus
- Hepatit

AKUT PANKREATIT

Akut pankreatit nedir?

- Pankreasın akut, geriye dönüşlü, inflamatuvar durumudur. Çocuklarda en sık görülen pankreas hastalığıdır. Ağır akut üst karın ağrısı olan hastalarda akut pankreatitten şüphelenilmelidir, ancak tanı koymak için biyokimyasal ya da radyolojik kanıtlar gereklidir
- Erişkinlerde kullanılan RANSON' S KRİTERLERİ ve APACHE SKORU çocuklara uygun değildir.

- Akut pankreatitte granülositlerin ve makrofajların harekete geçirilmesi, bir takım sitokinlerin ve inflamatuvar mediatörlerin salınmasına yol açar: Creaktif protein (CRP), interlökin IL -6, IL-8, IL-10, tümör nekroz faktörü (TNF) ve PMN elastaz
- Serumda yükselen diğer pankreatik sindirim enzimleri arasında tripsin, fosfolipaz, karboksipeptidaz, karboksil ester lipaz, kolipaz ve pankreas izoamilazı bulunur.
- Lökositoz, hematokrit yüksekliği, artmış kan üre azotu (BUN), hipokalsemi, hiperglisemi veya hipoglisemi, koagülopati, hiperbilirübinemi de görülebilir.



1 Zymogen activation and cellular injury

2 Immune responses

3 Inflammatory mediators

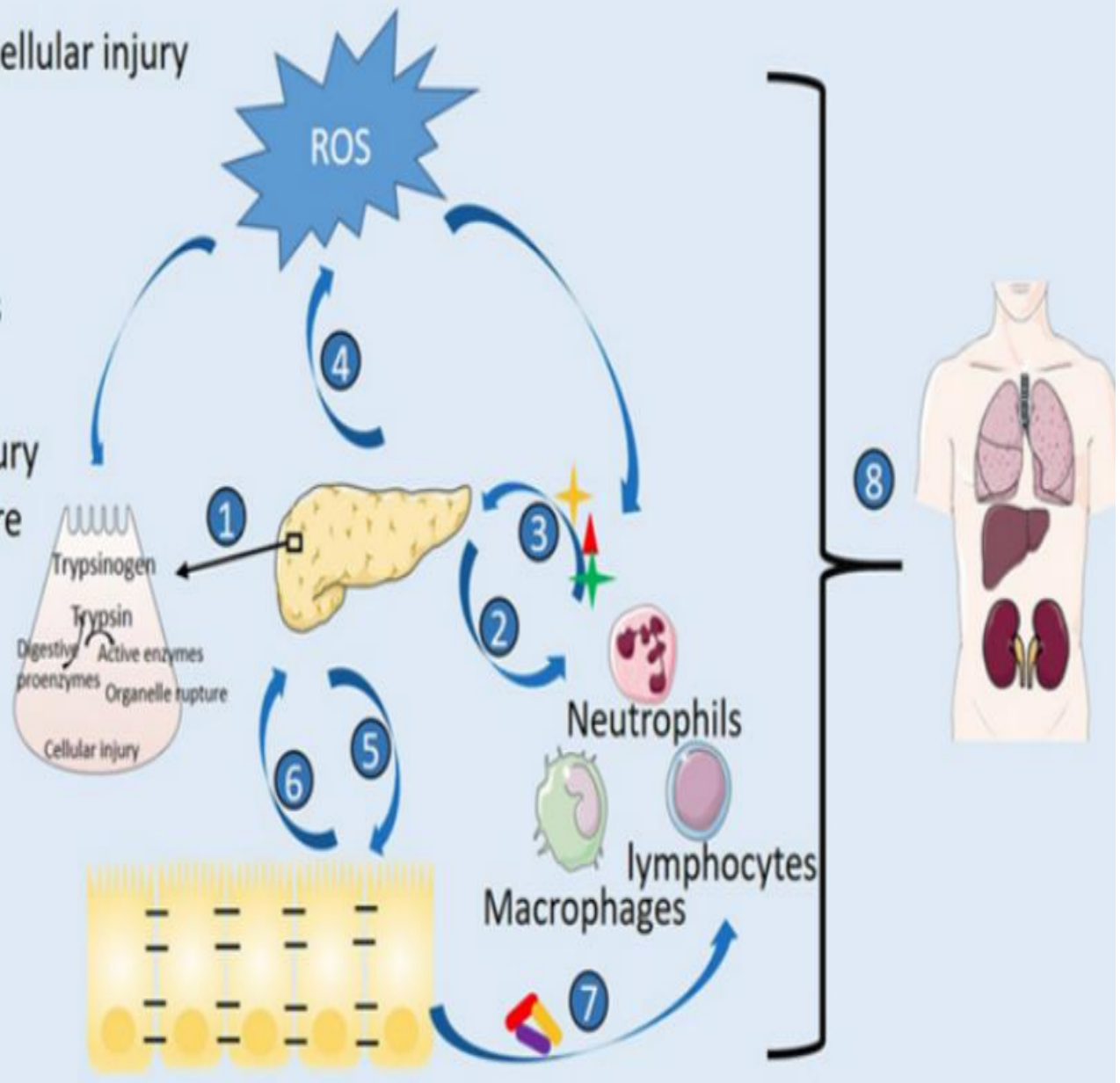
4 Impacted oxidative stress and redox status

5 Ischemia/reperfusion injury leads to gut barrier failure

6 Bacterial translocation

7 Endotoxemia

8 SIRS and MODS



INSPPIRE tanı kriterleri:

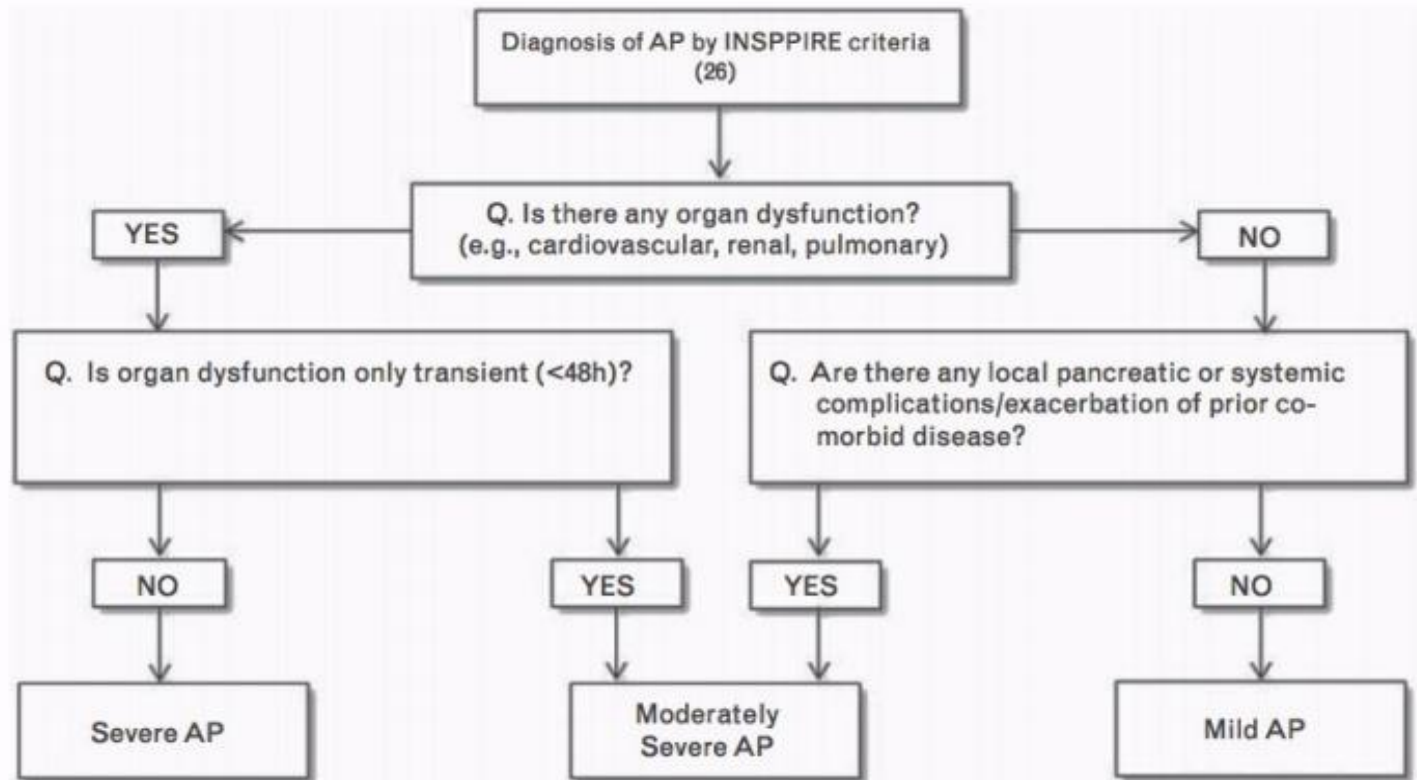
- **1. Karın ağrısı:** Özellikle akut başlangıçlı ve epigastrik bölgede lokalize
 - **2. Serum amilaz ve/veya lipaz yüksekliği:** En az üç kat artış olması
 - **3. Görüntüleme:** Akut pankreatit ile uyumlu bulguların saptanması (USG, BT, MR, EUS)
- 3 kriterden 2 'sinin olması tanı koydurucudur.

SINIFLANDIRMA

- **Hafif akut pankreatit** : Ciddi karın ağrısı, dirençli kusma ve ateş olur. Ağrı epigastrik bölgede ve sürekli, 24-48 saatte şiddetlenir, oturunca ve yana eğilince artar. Çocuk oldukça huzursuz görünür. Karın hassas, şiş ve gergindir. Bazen kitle palpe edilebilir. Şiddetli kusma nedeniyle sıvı eksikliği olabilir.
- **Şiddetli akut pankreatit** : Nadir bir durumdur. Hayatı tehdit eder. Yüksek ateş, hipokalsemi, plevral effüzyon, cullen ve grey-turner işareti, inflamatuvar hemorajik kitle ve şok olur. SIRS e bağlı olarak mortalite yükselir. İyileşen hastalarda pankreatik nekrozun yüzdesine bağlı pankreatik yetersizlik görülebilir.

Akut Pankreatit Sınıflaması

- Hafif
- Orta
- Ağır



Please refer to text for definitions of what local and systemic complications may include, and for definitions of organ dysfunction. Children with organ dysfunction should be managed as if they have SAP until if and when dysfunction is documented to resolve within 48 hours.

Epidemiyoloji

Mekanik

Safra taşı, safra çamuru, ascariasis, periampullar divertikül, pankreatik veya periampuller kanser, ampuller stenoz, duodenal striktür veya tıkanıklık

Toksik

Etanol, metanol, akrep zehiri, organofosfat zehirlenmesi

Metabolik

Hiperlipidemi, hiperkalsemi , DM

İlaçlar

Didanozin, pentamidin, metronidazol, tetrasiklin, furosemid, tiazidler, sülfasalazin, 5-ASA, L-asparaginaz, azatioprin, valproik asit, salisilatlar, kalsiyum, östrojen

Enfeksiyon

Kabakulak, coxsackie, HBV, CMV, varicella-zoster, HSV, HIV, Mikoplazma, Legionella, Leptospira, salmonella, aspergillus, toksoplazma, kriptosporidium, Ascaris

Travma

Künt veya penetran abdominal hasar, iyatrojenik hasar , ERCP (sfinkterotomi)

Konjenital

Pankreas divisium

Vasküler

İskemi, ateroembolizm, vaskülit (poliarteritis nodosa, SLE)

Genetik

CFTR ve diğer genetik mutasyonlar

Diğer

İdiyopatik, herediter, böbrek transplantasyonu, alfa-1-antitripsin eksikliği , malnütrisyon

KLİNİK

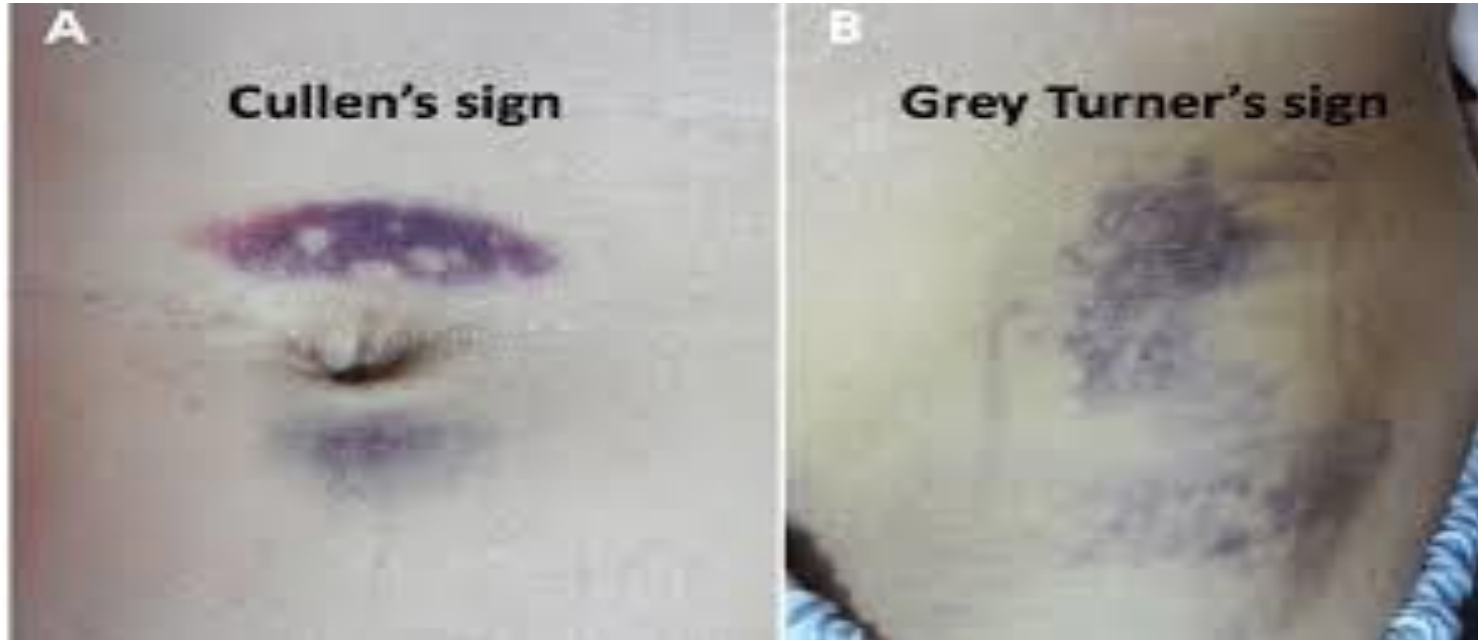
- Akut başlangıçlı, sürekli, şiddetli epigastrik karın ağrısı
- Safra taşı pankreatitli hastalarda ağrı iyi lokalizedir, ağrının başlangıcı hızlıdır, buna karşılık kalıtsal, metabolik nedenler veya alkol nedeniyle pankreatit olan hastalarda ağrı başlangıcı daha uzun süreli olabilir.
- Hastaların yaklaşık yüzde 50'sinde ağrı arkaya yayılır.
- Ağrı birkaç saat ila gün boyunca devam eder ve oturarak veya ileriye doğru eğilerek kısmen rahatlayabilir.

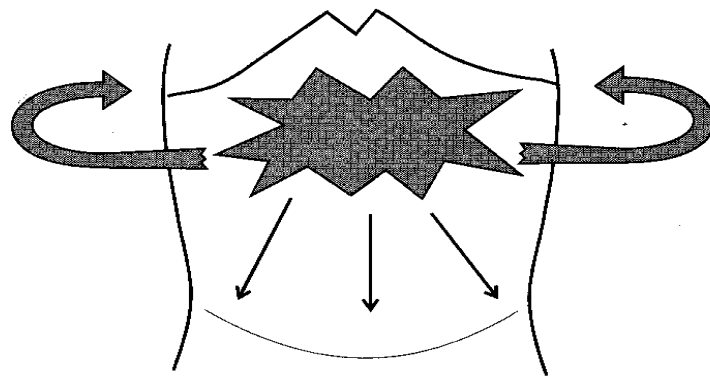
KLİNİK

- Epigastriumda hassasiyet
- İnatçı bulantı ve kusma
- Abdominal distansiyon ve hipoaktif barsak sesleri
- Skleralarda ikter
- Şiddetli akut pankreatitli hastalarda ateş, taşipne, hipoksemi, hipotansiyon, hipokalsemi
- Nadiren şiddetli akut pankreatitli hastalarda plevral efüzyon veya ARDS ye sekonder nefes darlığı

KLİNİK

- Akut pankreatitli hastaların% 3'ünde, periumbilik bölgede (Cullen'in işareti) veya yan tarafta ekimotik renk değişikliği (Gray Turner işareti) gözlenebilir . Bu bulgular, nonspesifik olmasına rağmen, pankreatik nekroz ortamında retroperitoneal kanamanın varlığına işaret etmektedir





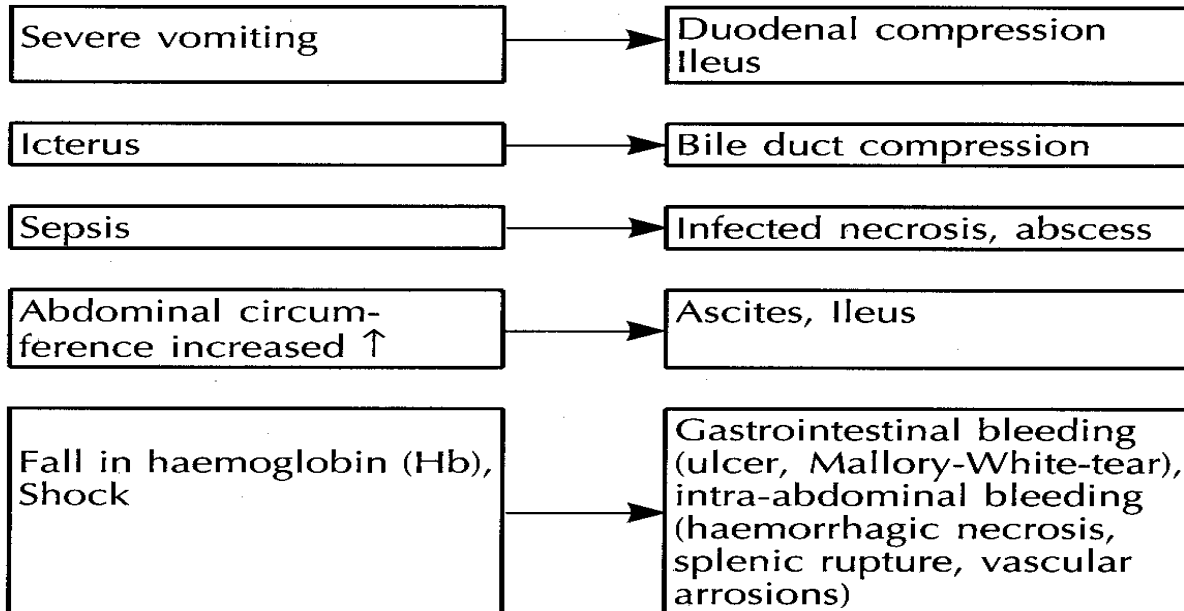
General symptoms

- Pain
- Nausea, vomiting
- Tachycardie
- Fever
- rebound tenderness

Evidence of a severe course

- Hypotension, perhaps shock
- Oliguria, anuria
- Dyspnoea
- Clotting disorder
- (Pre-)Coma
- Cullen's-sign / Grey-Turner's-sign

Other evidence of complications



LABORATUVAR

- Serum amilaz akut pankreatit başlangıcından 6-12 saat sonra yükselir (Duyarlılığı % 67- 83 özgüllüğü% 85- 98)
- Serum lipaz semptomların başlangıcından 4-8 saat sonra yükselir (Duyarlılığı ve özgüllüğü% 82-100), 24-48 saatte en yüksek seviyede olur, 8- 14 gün kalabilir.
- Serum amilaz yükselmesinin normalin üst sınırının üç katından fazla olması tanıyı destekler.

AMİLAZ YÜKSEKLİĞİ YAPAN DİĞER NEDENLER

- Parotit
- Tükürük bezi iltihabı
- Anokreksiya nervosa ve bulimia
- Kolelitiyazis
- Peptik ülser perforasyonu
- Peritonit
- Apandisit
- İntestinal obstrüksiyon
- Metabolik asidoz ve DM
- Böbrek yetmezliği
- Yanıklar
- İlaçlar (morfin)
- Kafa travması

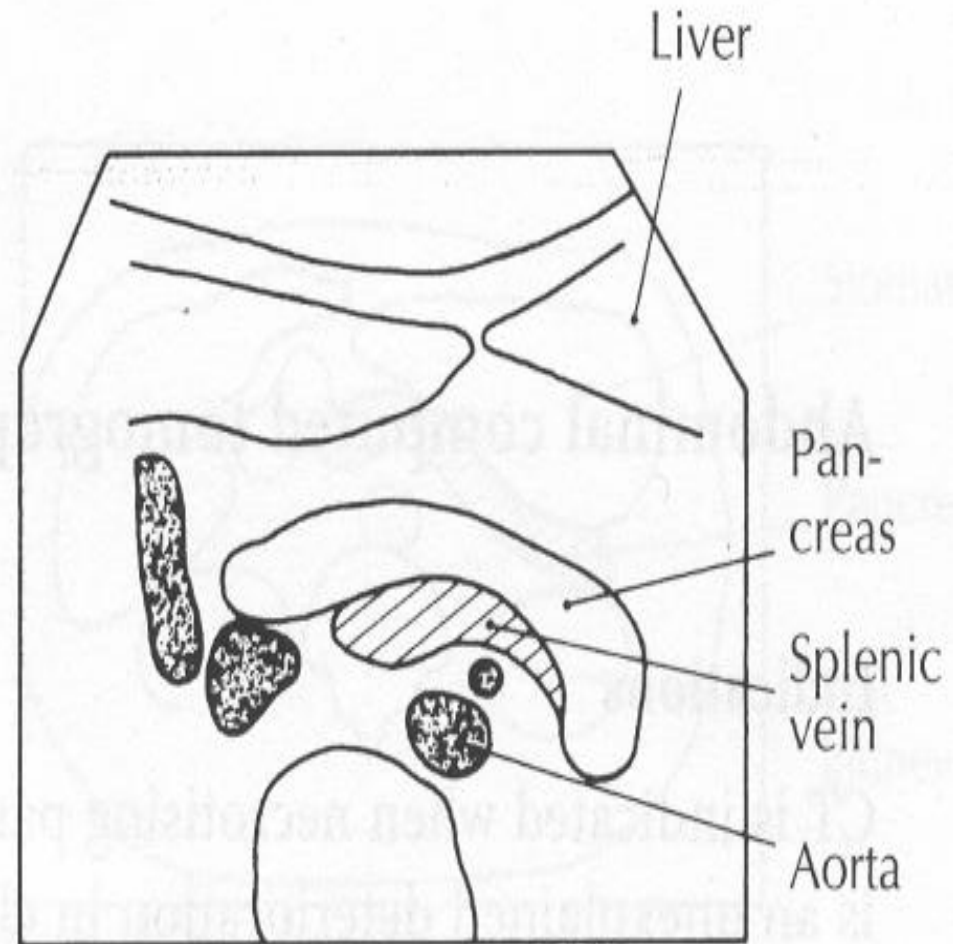
GÖRÜNTÜLEME

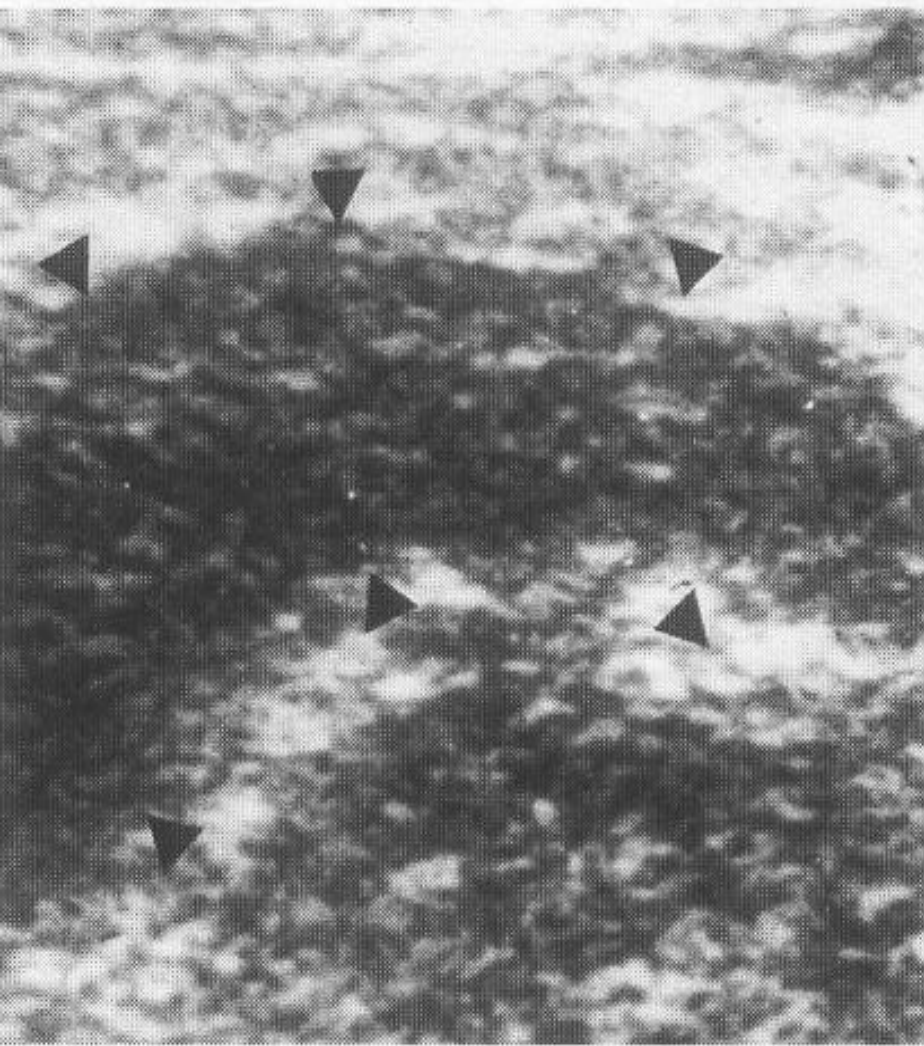
- Ayakta direkt batın grafisi
- Batın USG
- Bilgisayarlı Tomografi
- MRI
- Manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRCP)
- Endoskopik retrograd kolanjiopankreatogram (ERCP)

- Özellikle en sık kullandığımız iki yöntem; USG ve BT tanı ve takipte çocukta major bir role sahiptir. Bulgular:
- Pankreas boyutlarında artış
- Hipoekoik ödematöz pankreas
- Sıvı Koleksiyonu
- Abse
- Çocukların en az %20sinin görüntülemeleri normaldir.

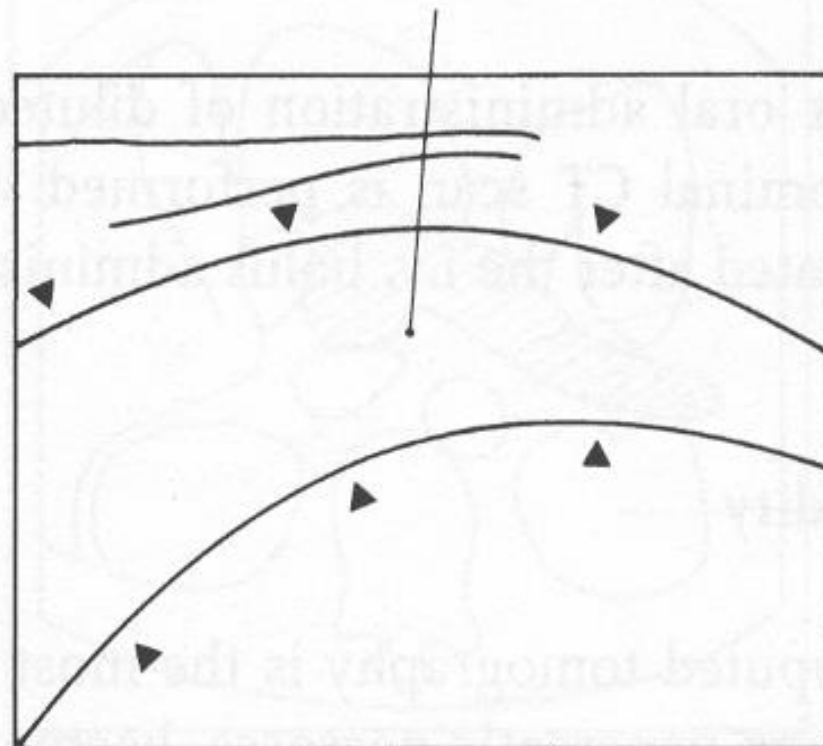


Normal pancreas

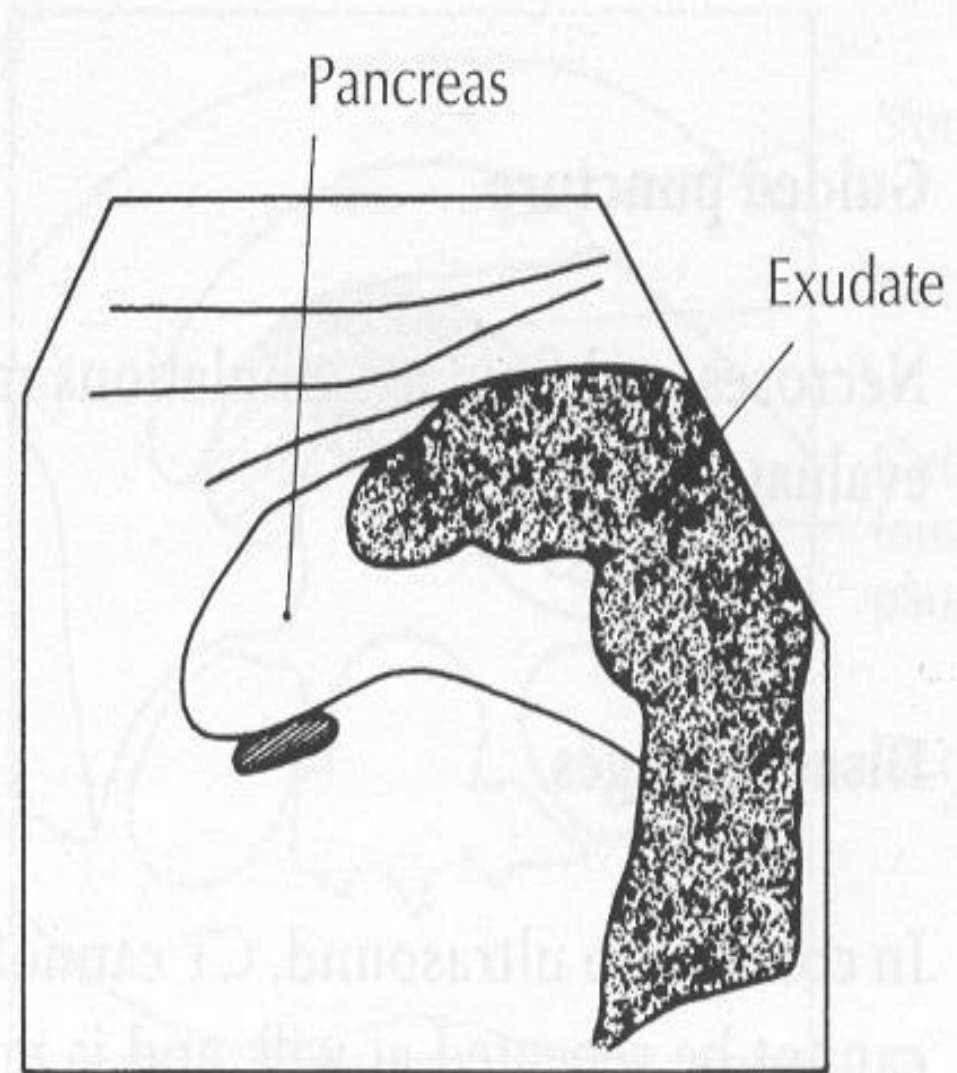
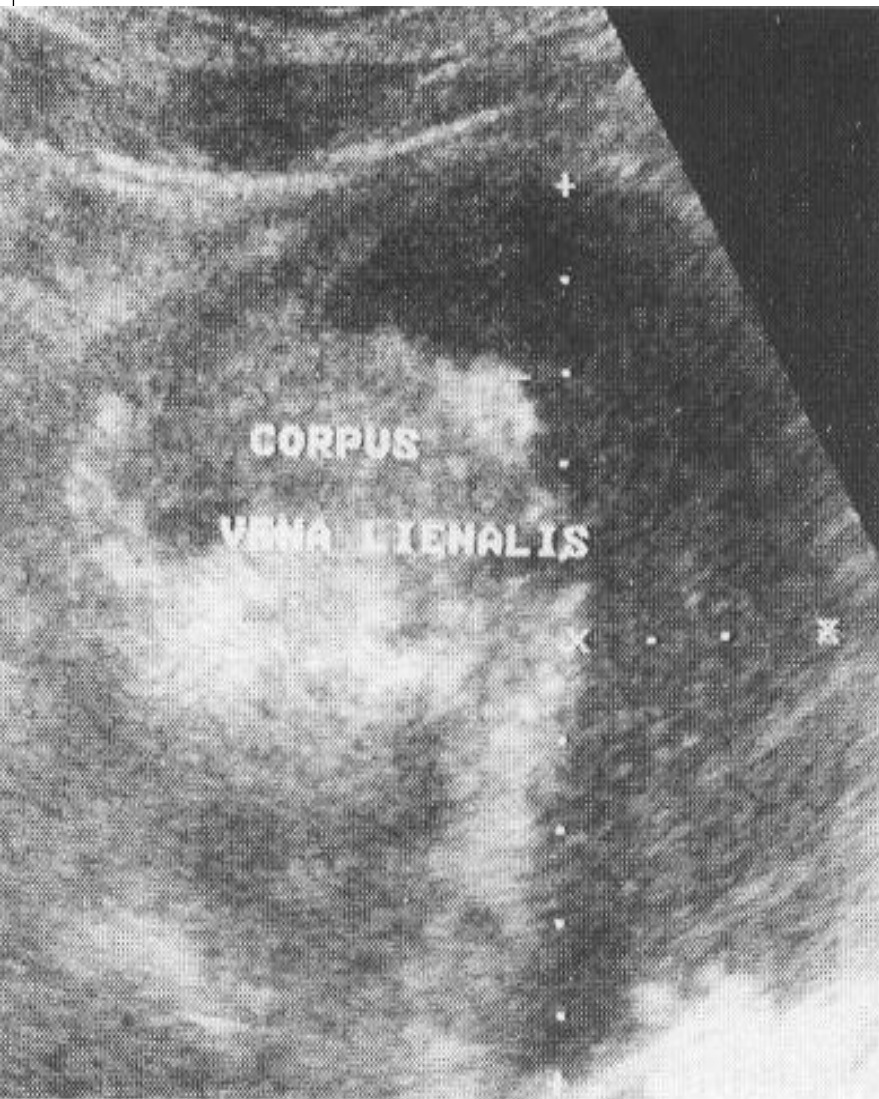




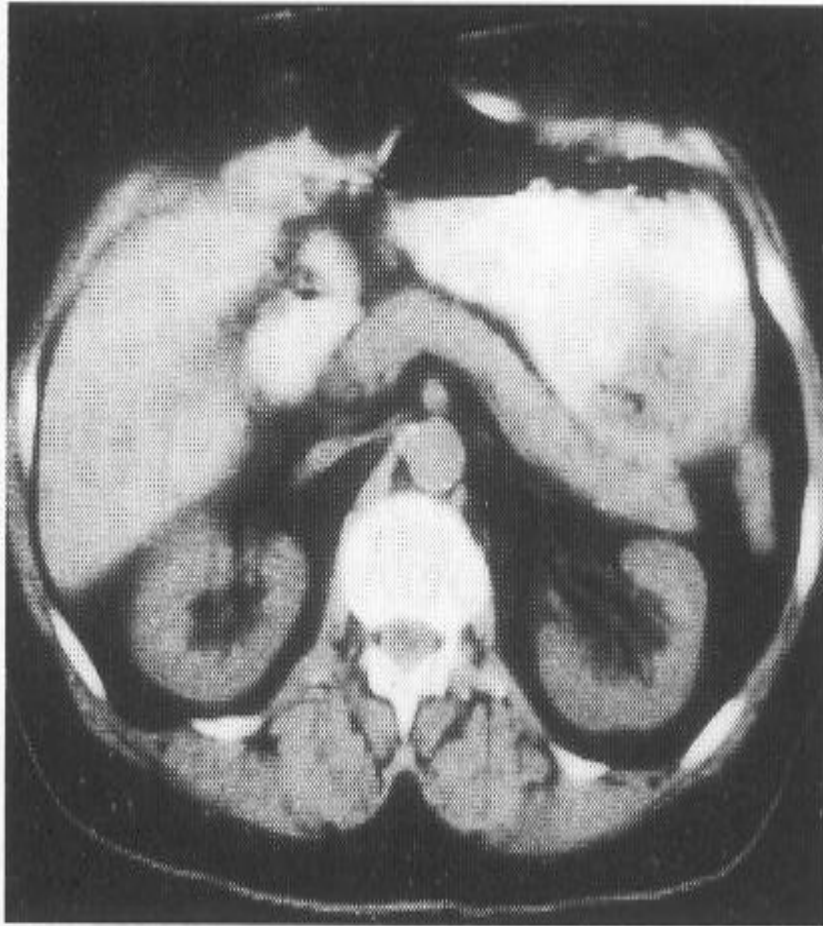
Pancreas with reduced
echo density



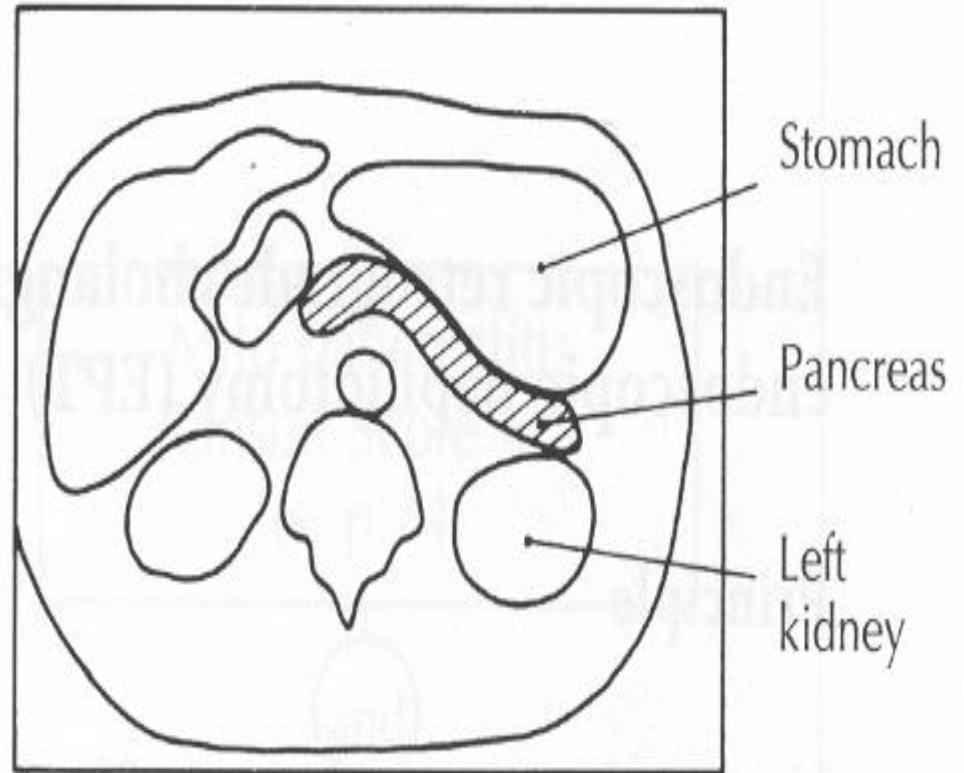
Oedematous pancreatitis

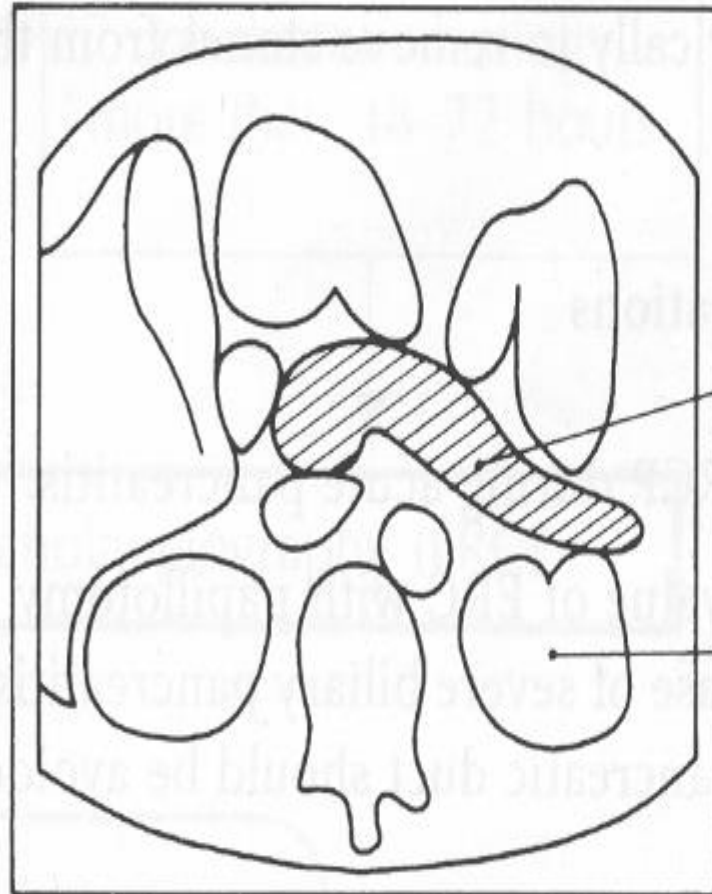
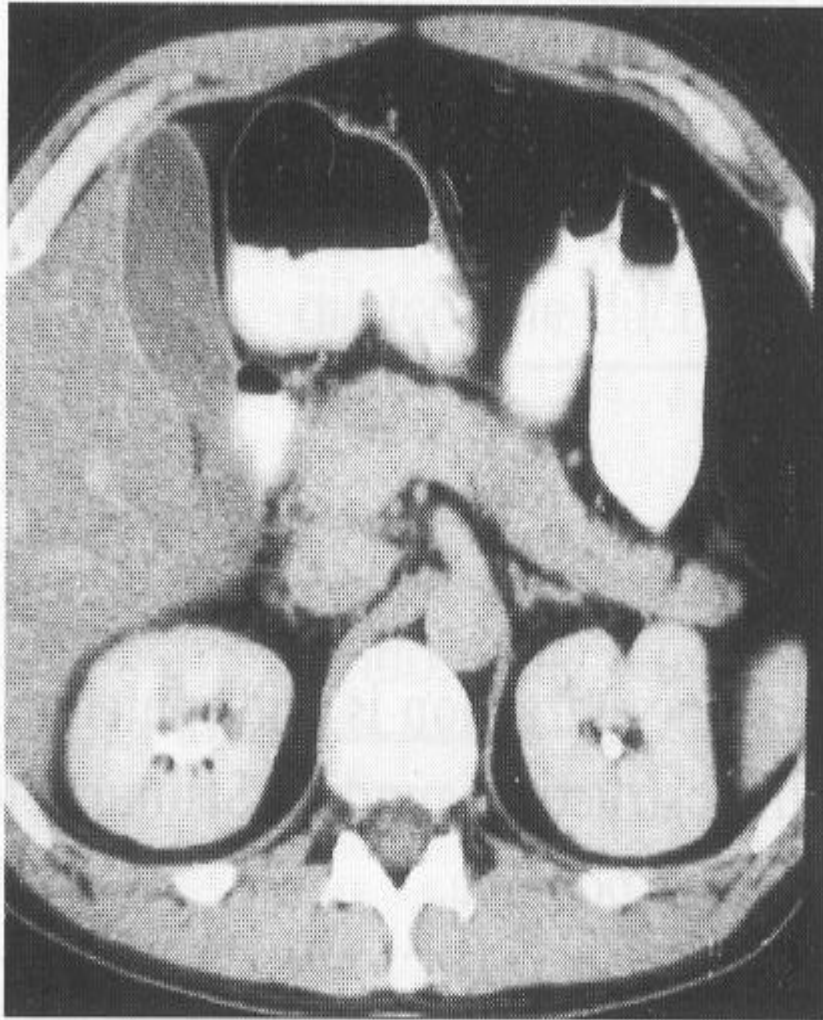


Necrotising pancreatitis



Normal pancreas

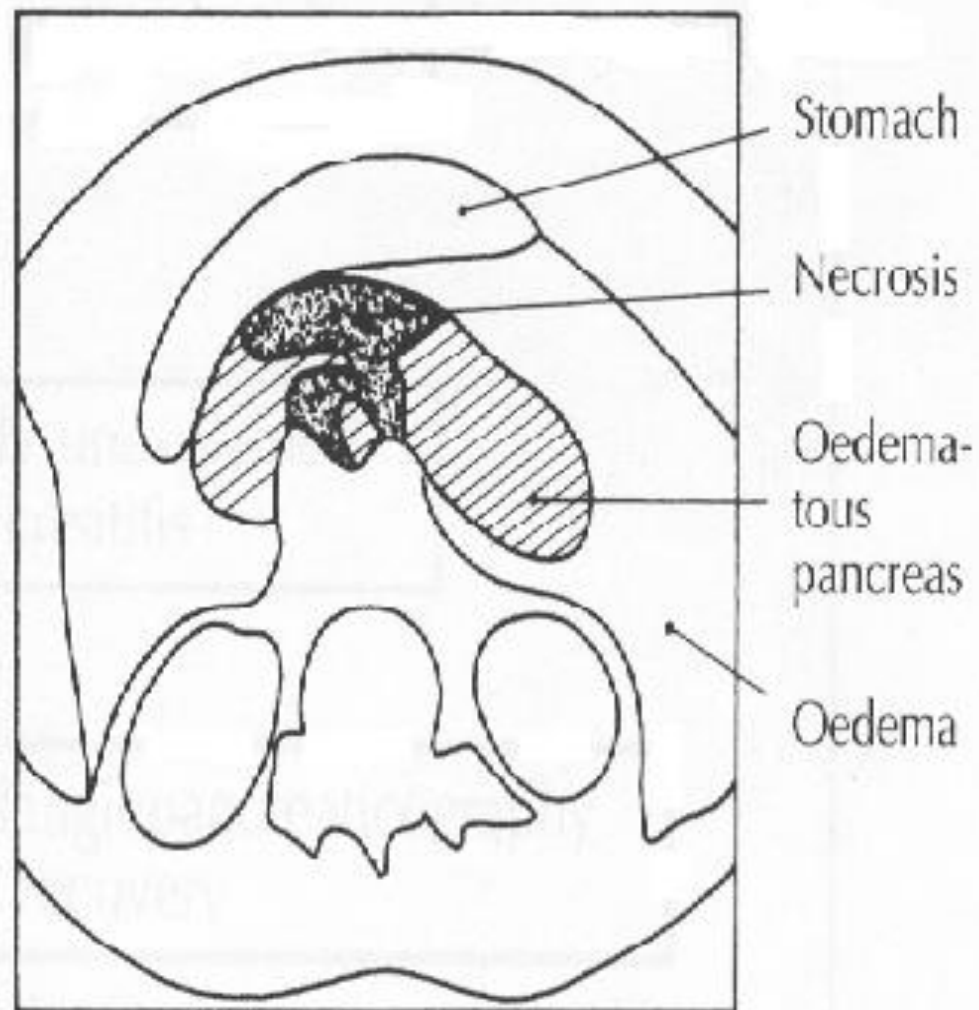
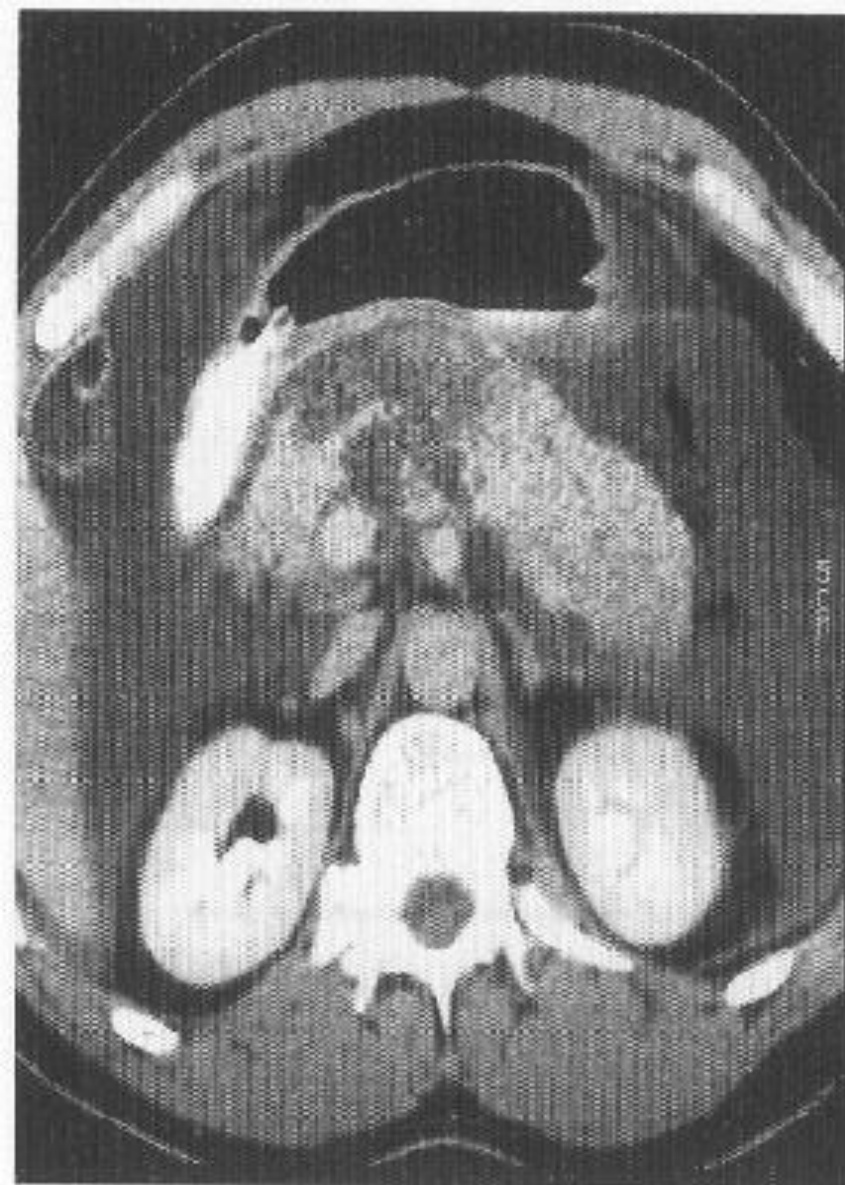




Oedema-tous pancreas

Left kidney

Oedematous pancreatitis



Necrotising pancreatitis

PROGNOZ

- Akut pankreatitli hastalar komplikasyonsuz 3-5 gün içinde destekleyici tedavi ile düzelir.

Komplikasyonlar :

- Tekrarlayan akut pankreatit
- Nekrotizan pankreatit (mortalite yüksek)
- Kronik pankreatit
- Akut peripankreatik sıvı toplanması
- Pankreas psödokisti
- Portosplenomesenterik venöz tromboz (PSMVT),
- Organ yetmezliği

Tedavi

- Beslenmenin kesilmesi
- NG drenajı
- Sebebe yönelik tedavi(ilacın kesilmesi / değiştirilmesi, beslenmenin düzenlenmesi)
- Analjezi
- Sıvı elektrolit düzenlenmesi
- Enteral/ parenteral nütrisyon
- Antibiyotik
- Peritoneal Lavaj
- Nadiren endoskopik/ açık cerrahi

Akut Rekürren Pankreatit

- Kronik pankreatit bulguları olmadan
- Bir yılda en az 2 pankreatit atağı
- Ya da yaşam süresince en az 3 pankreatit atağı olması
- Beslenme önerileri akut ataktaki gibi.

Kronik pankreatit

- Hastalarda büyüme yetersiz ise enzim replasman tedavisi verilmesi
- Akut ataklarda akut pankreatitte olduğu gibi

KLİNİK İZLEM

- Hasta 2 gün oral beslenmesi kesilerek izlendi.
- Serum fizyolojik konsantrasyonunda TPN + mayi başlandı.
- Antibiyotiksiz izlendi.
- Karın ağrısı olmadı. Aldığı çıkardığı takibi dengeliydi.
- Yatışı boyunca hastanın beslenmesi kademeli olarak yağsız gıdalar ile açıldı ve arttırıldı.

KAYNAKÇA

- PROF.DR.HASAN ÖZKAN (A.Ü.TIP FAKÜLTESİ / GASTROENTEROLOJİ ANA BİLİM DALI)
- NELSON PEDIATRİ
- CURRENT PEDIATRİ
- <https://www.uptodate.com/>

TEŞEKKÜRLER