



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

19 Mart 2021 Cuma

Ar. Gör. Dr. Hikmet Kardelen Çubuktar
Ar. Gör. Minare Rzayeva



OLGU

- 17 yaş 4 aylık erkek
- 4 gündür epigastrik bölgede ağrı, iştahsızlık şikayeti olan hastamızın dış merkeze başvurusu olmuş.
- Ağrısı lokal olarak epigastrik bölgede, pozisyonla değişmiyor, ara ara sırtına yayılıyormuş.
- Dışkı çıkışı çoğu zaman sert oluyormuş, her zamankinden farklı bir durum yokmuş.

ÖZGEÇMİŞ

- Prenatal: Özellik yok.
- Natal: Miadında normal vajinal yolla doğmuş.
- Postnatal: YBYÜ yatısı yok.Fototerapi almamış.
Aşıları ulusal takvime uygun.

Bilinen hastalığı,alerjisi yok.

Geçirilmiş operasyon yok.

Devamlı kullandığı ilaç yok.

SOYGEÇMİŞ

- Anne: 37 yaş, sağ, sağlıklı
- Baba: 42 yaş, sağ, sağlıklı
- 1. çocuk: Hastamız

Anne ve baba arasında akrabalık yok.

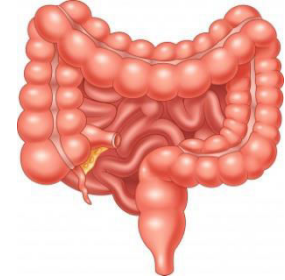
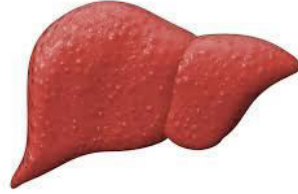
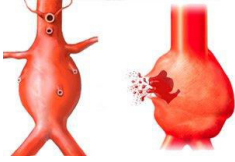
Fizik Muayene

- Ateş: 36,3
- SPO2: %99
- KTA: 93/dk
- TA: 110/70 mmHg sağ kol (22p, -0.77 SDS)
100/60 mmHg sol kol (54p, 0.1 SDS)
- Boy: 177 cm (>97 p, 0.24 SDS)
- Ağ: 58 kg (50-75 p, -1.39 SDS)
- BMI: 18.5

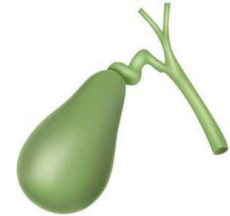
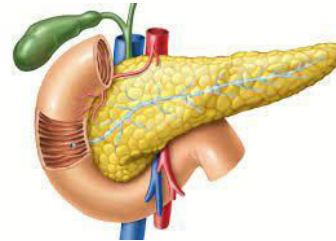
- Genel durum: İyi. Bilinç açık, oryante, koopere.
- Deri: Turgoru doğal. KDZ<2 sn. Solukluk, morarma yok.
- Baş-boyun: Saç ve saçlı deri doğal. LAP yok.
- Gözler: IR++/++.Göz hareketleri doğal.
- KBB: Orofarenks doğal.
- KVS: S1+S2+ doğal. Ek ses ve üfürüm duyulmadı.
- Solunum Sistemi: Dinlemekle doğal. Ral, ronkus yok. HİHTSEK +
- Batın: **Epigastrik bölgede hassasiyet** +Defans yok . Rebound yok .HSM yok.
- Ekstremiteler: Kas kitlesi doğal. Periferik nabızlar açık.
- Nöromuskuler sistem: Doğal. Meningealirritasyonbulgusu yok.

Patolojik Bulgular

- Sırta yayılan, epigastrik bölgede karın ağrısı
- Epigastrik bölgede hassasiyet



ÖN TANILAR ?



AYIRICI TANI

- Kardiyak hadiseler (MI, perikardit, miyokardit..)
- Karın içi organ perforasyonu
- Peptik ülser
- Koledok patolojileri (Koledokolitiaz, kolanjit, kolesistit)
- Böbrek patolojileri (taş, kitle, tromboz)
- Hepatit
- İleus
- Akut pankreatit

Laboratuvar bulguları

- Dış merkez başvurusundaki ilk kan örneğinde
amilaz değeri 1.829, lipaz 75
- 3. saatte bakılan amilaz 1.768, lipaz 4.719 olarak
görölmüş.
- Tarafımıza yönlendirilmiş.
- Acilimizde (3 saat sonra)
Amilaz 1.659
Lipaz 3.096

Kalsiyum		
Klor (Cl)	9,68	mg/dL
Kreatinin	102	mEq/L
LDH	0,55	mg/dL
Lipaz	217	U/L
Potasyum (K)	3096,9	U/L
Protein, Total	3,64	mEq/L
SERUM INDEX	75,3	g/L
LİPEMİA		
İCTERUS	18	
HEMOLYSIS	1	
Sodyum (Na)	26	
Urea	140	mEq/L
Unik asit	18,4	mg/dL
	2,5	mg/dL

Test Adı	Sonuç	Birim
56 Adık Kan Şekeri (AKŞ)	87,7	mg/dL
22 Albumin	48,9	g/L
19 ALP (Alkalen Fosfataz)	112	U/L
20 ALT (SGPT)	5,4	U/L
33 Amilaz	1659	U/L
22 AST (SGOT)	14,7	U/L
26 Bilirubin, Direkt	0,14	mg/dL
27 Bilirubin, Indirekt	0,26	mg/dL
15 Bilirubin, Total	0,4	mg/dL
7 BUN (Kan ure azotu)	8,6	mg/dL
inden hesaplanmaktadır.		
5 CPK	100	U/L
5 CRP	7,86	mg/L
4 Düzeltmiş Kalsiyum	8,97	mg/dL
4 KALSIYUM + (0,8 * (4-ALBUMIN/10))		
4 Düzeltmiş Sodyum	139,8	mEq/L
4 SODYUM + (AÇLIK KAN ŞEKERİ - 100) * 1,6 / 100		
GGT	3,54	mg/dL
Globulin	10	U/L
TOTAL PROTEIN - ALBUMIN	26,4	g/L
Kalsiyum		

WBC (Lökosit)			0
NEU (Nötrofil Sayısı)	9,52	$\times 10^{\wedge}...$	0
NEU % (Nötrofil Yüzdesi)	5,77	$\times 10^{\wedge}...$	0
LYM (Lenfosit Sayısı)	60,7	%	0%
LYM % (Lenfosit Yüzdesi)	2,85	$\times 10^{\wedge}...$	0%
MONO (Monosit Sayısı)	29,9	%	0%

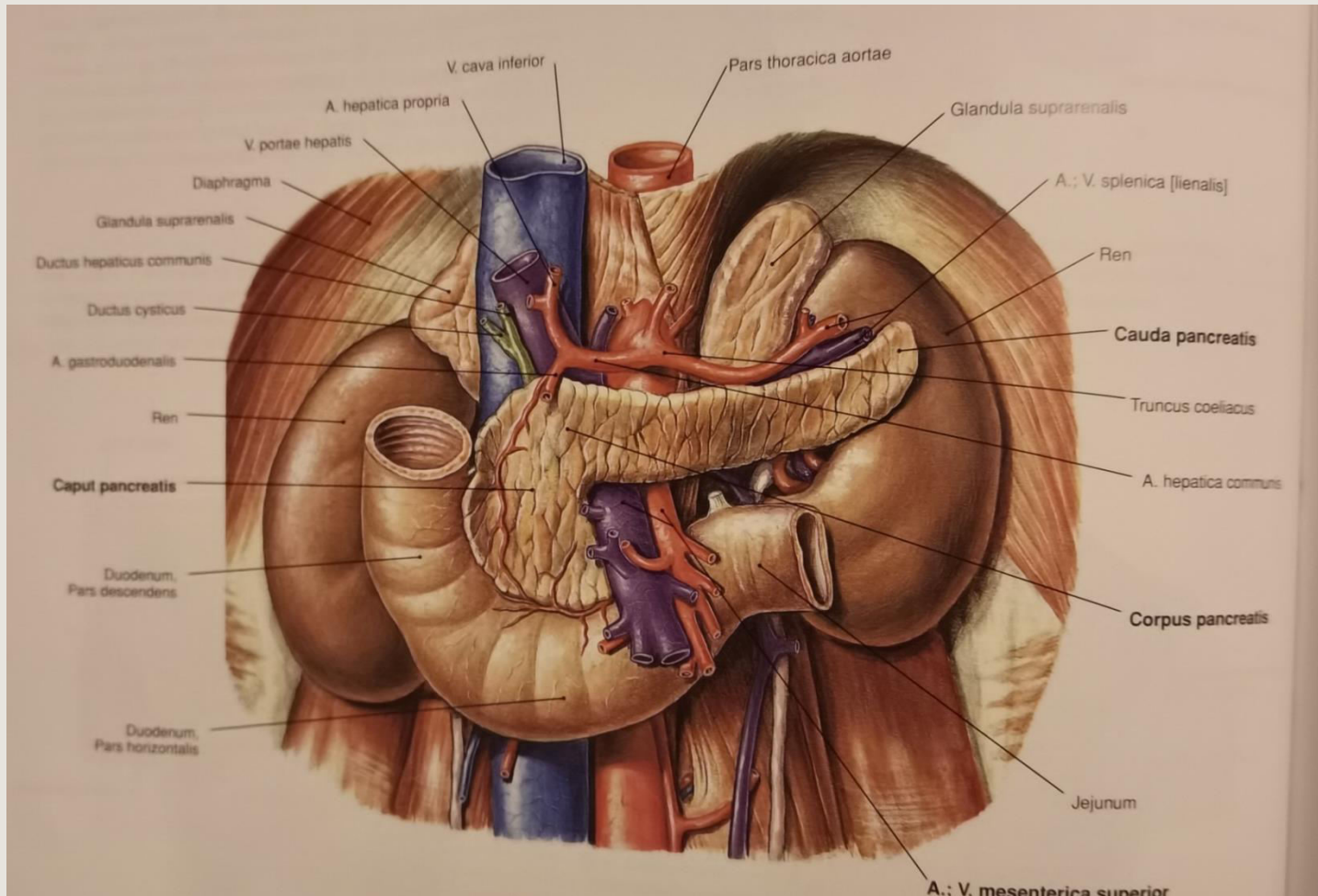
Test Adı	Sonuç	Birim
Amilaz		
Kolesterol (Total)	1203	U/L
Kolestrol (HDL)	94	mg/dL
LDL Kardiyovasküler hastalık riski,	33,6	mg/dL
Kolestrol (LDL)		
LDL = Total Kolesterol - (Trigliserid / 5) - HDL	44,02	mg/dL
Kolestrol (VLDL)		
Lipaz	16,38	mg/dL
SERUM INDEX	1791,3	U/L
LİPEMİA		
İCTERUS	10	
HEMOLYSIS	1	
Trigliserid	2	
	81,9	mg/dL

Test Adı	Sonuç
APTT	30,7
Protrombin Zamanı	
PTZ (Protrombin Zamanı)	13,5
PTZ (Aktivasyon)	94
PTZ (INR)	1,04

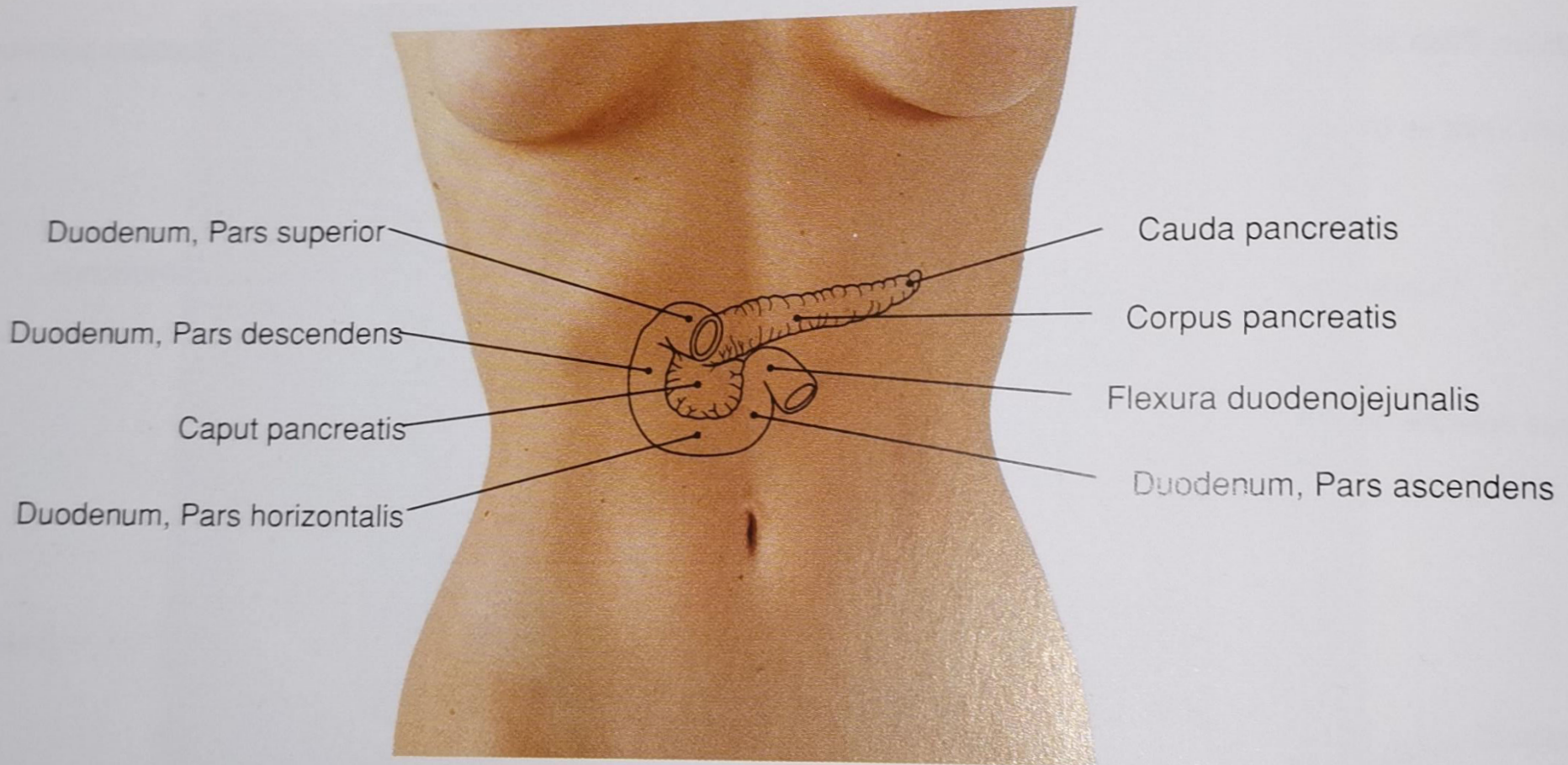
Görüntüleme

- Kontrastlı Batın BT incelemesinde:
Pankreatik kanal dilate görünümde
Pankreas başı gövdesi ve kuyruğu volümlü
Erken ödematöz pankreatit dışlanamaz.

Pankreas anatomisi



Projeksiyon



Akut Pankreatit

Pankreasın akut inflamatuvar durumudur.

Erişkinlerde alkol ve biliyer etiyoloji ön planda iken, çocuklarda mekanik (safra taşı, kanal obstruksiyon), travma, ilaç, toksik (madde kullanımı, intoksikasyon), metabolik ve infeksiyöz nedenler ön plandadır.

Ağır akut üst karın ağrısı olan hastalarda akut pankreatitten şüphelenilmelidir, ancak tanı koymak için biyokimyasal ya da radyolojik kanıtlar gereklidir.

Etyoloji



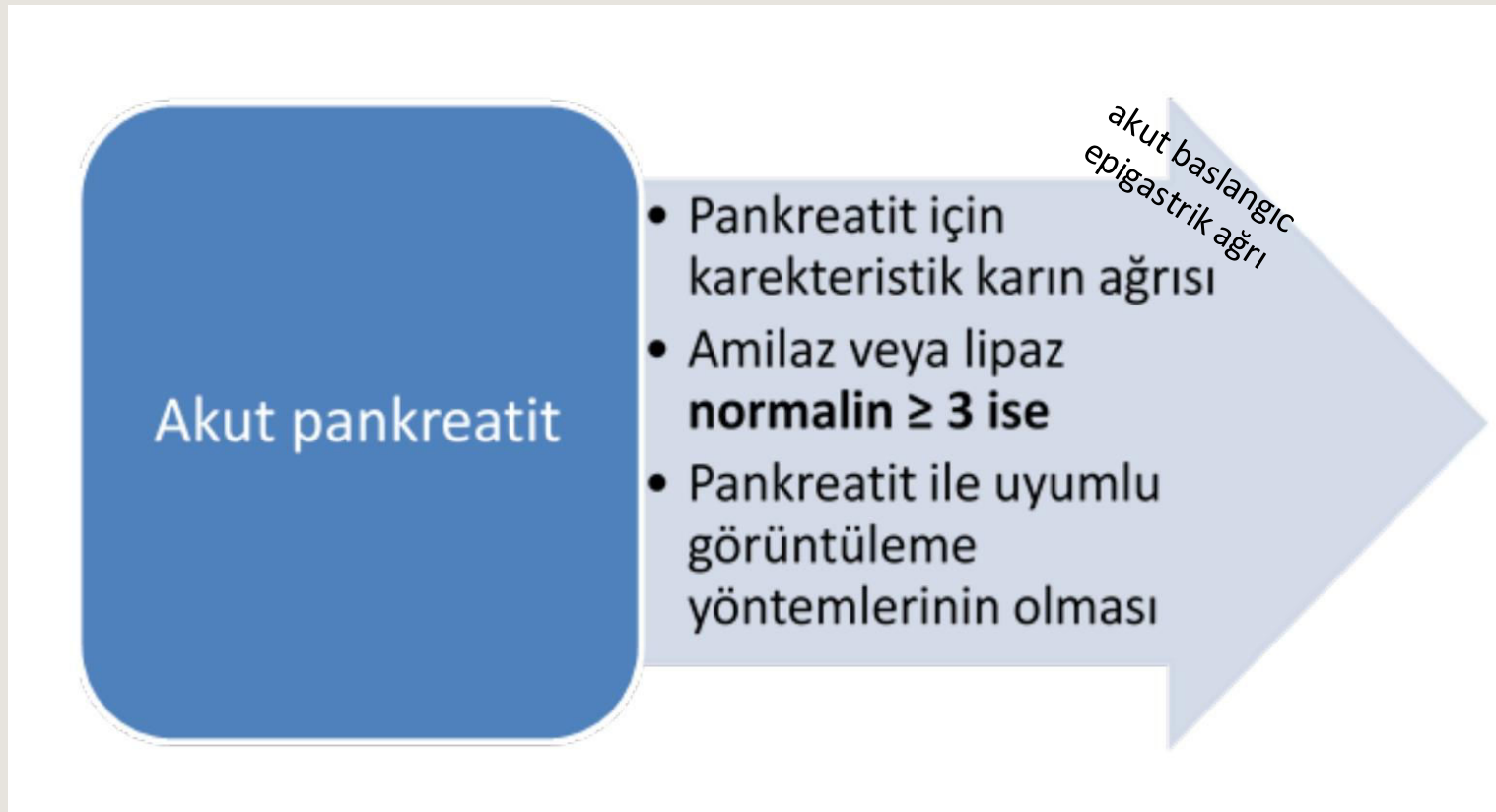
Das Bild kann zurzeit nicht angezeigt werden.

Etiology of acute pancreatitis

Mechanical	Gallstones, biliary sludge, ascariasis, periampullary diverticulum, pancreatic or periampullary cancer, ampullary stenosis, duodenal stricture or obstruction
Toxic	Ethanol, methanol, scorpion venom, organophosphate poisoning
Metabolic	Hyperlipidemia (types I, IV, V), hypercalcemia
Drugs	Didanosine, pentamidine, metronidazole, stibogluconate, tetracycline furosemide, thiazides, sulphasalazine, 5-ASA, L-asparaginase, azathioprine, valproic acid, sulindac, salicylates, calcium, estrogen
Infection	Viruses-mumps, coxsackie, hepatitis B, CMV, varicella-zoster, HSV, HIV
	Bacteria-mycoplasma, Legionella, Leptospira, salmonella
	Fungi-aspergillus
	Parasites-toxoplasma, cryptosporidium, Ascaris
Trauma	Blunt or penetrating abdominal injury, iatrogenic injury during surgery or ERCP (sphincterotomy)
Congenital	Cholodochocoele type V, pancreas divisum*
Vascular	Ischemia, atheroembolism, vasculitis (polyarteritis nodosa, SLE)
Miscellaneous	Post ERCP, pregnancy, renal transplantation, alpha-1-antitrypsin deficiency
Genetic	CFTR, PRSS1, SPINK1, and other genetic mutations

Çocuklarda INSPPIRE kriterleri ile tanı koyulur:

3 kriterden 2'sinin birlikte olması gerekir.



SINIFLANDIRMA

Hafif Şiddette Akut Pankreatit:

Herhangi bir lokal, sistemik veya organ yetersizliğinin olmaması ile karakterizedir. Genellikle bir hafta içerisinde iyileşir.

Çocukluk çağı akut pankreatitin en sık görülme formudur.

Orta-Ağır Şiddette Akut Pankreatit

Geçici organ yetersizliği veya disfonksiyonun (48 saat içinde düzelen) ve/veya kalıcı organ yetmezliğinin (>48 saat) eşlik etmediği lokal veya sistemik komplikasyonlar ile karakterize formudur. Lokal komplikasyon olarak peri veya pankreatik sıvı birikimi veya nekroz olabilir. Bazı olgularda akciğer ve böbrek hastalığının eşlik etmesi ile ağır seyredebilmektedir.

Ciddi Seyirli Akut Pankreatit

> 48 saatten uzun süren tek veya çoklu organ yetersizliği ile görülen formdur.

- Hastaların yaklaşık % 50'sinde ağrı arkaya yayılır.
- Ağrı birkaç saat ila gün boyunca devam eder ve oturarak veya ileriye doğru eğilerek kısmen rahatlayabilir.
- İnatçı bulantı kusma
- Abdominal distansiyon ve hipoaktif bağırsak sesleri
- Skleralarda ikter
- Ateş, taşipne, hipoksemi,
- Hipotansiyon, hipokalsemi
- Nadiren şiddetli akut pankreatitli hastalarda plevral efüzyon veya ARDS ye ikincil nefes darlığı gelişebilir.

Fizik Muayene

- Akut pankreatitli çocuk, çoğu kez kalçaları hafif fleksiyonda olacak şekilde yan yatmayı tercih eder.
- Epigastrik hassasiyet,
- Barsak seslerinde azalma ve olguların %20-30'unda karın distansiyonu dikkat çekebilir.

Akut pankreatitli hastaların % 3'ünde,

Periumbilikal bölgede (Cullen'in işareti) veya yan tarafta ekimotik renk değişikliği (GrayTurner işareti) gözlenebilir .

Bu bulgular nonspesifik olmasına rağmen, pankreatik nekroz ortamında retroperitoneal kanamanın varlığına işaret etmektedir.





<https://www.sciencesource.com>, 10 yaş erkek,

KOMPLİKASYONLAR

- Akut pankreatitlerde komplikasyon görülme sıklığı erişkinlerde %5 iken çocukluk çağında %1 oranındadır.
Genellikle 4 haftadan önce gelişmez.
- Lokal Komplikasyonlar
- Psödökist, pankreatik nekroz, kanama, duktal yırtılma ve apsedir.
- Akut pankreatitin klinik bulgularının düzelmesine karşın hiperamilazeminin devam ettiği olgularda pankreatik psödokist akla gelmelidir. Pseudokist amilazdan zengin pankreatit sıvısının bölgesel olarak birikmesidir.
- Pankreatitli olguların %10-20'sinde psödokist görülür ve sıklıkla da travmatik pankreatitin komplikasyonudur. Kistin etrafında epitel olmadığından enfekte, kanama ve rüptüre olabilir.

- 4-12 hafta içinde spontan iyileşmeyen, ağrı veya ekstraintestinal obstrüksiyona neden olan olgularda cerrahi girişim gerekebilir.
- Çocuklarda mortalite oranları %0-11 olup genellikle altta yatan hastalıkları mevcuttur. Splenik ven ya da portal vende tıkanıklık, gastrik çıkış ve duodenal obstrüksiyon gelişebilir. Bunlar genellikle pankreastaki hasarın erken döneminde başlar ancak geç bulgu verir.
- Bu lokal buguların tanısı BT veya MR ile konulmaktadır

Sistemik Komplikasyonlar

- Şok, pulmoner ödem, efüzyon, hiperglisemi, hipokalsemi
- İntravasküler koagülopati, renal yetmezlik ve multiorgan yetersizliğidir.

- Yağ nekrozu
- Parankimal nekroz
- Kanama
- ARDS, pnömoni
- Tekrarlayan akut pankreatit
- Nekrotizan pankreatit
- Kronik pankreatit
- Pankreas psödokisti
- Portosplenomesenterik venöz tromboz

PROGNOZ

Çocukluk çağında hayatı tehdit eden bir durum olup prognoz klinik tabloya göre çok değişkenlik göstermektedir.

Mortalite %0-11 arasında değişmektedir. Genellikle selim seyirlidir. Klinik olarak orta veya ciddi pankreatitli olguların %20'si lokal, sistemik veya organ yetersizliği gibi komplikasyonlarla seyreder.

Akut ödematöz pankreatitte mortalite %15 iken hemorajik pankreatitte bu oran çoklu organ yetersizliği ile %86'ya ulaşmaktadır. Akut pankreatitli olguların %15-35'i

tekrarlayan veya kronik pankreatite dönüşmektedir

Tedavi:

Beslenmenin kesilmesi

NG drenajı

Sebebe yönelik tedavi(ilacın kesilmesi / değiştirilmesi, beslenmenin düzenlenmesi)

Analjezi

Sıvı elektrolit düzenlenmesi

Enteral/ parenteral nütrisyon

Antibiyotik (nekroz, sistemik komplikasyon durumunda)

Peritoneal Lavaj

Nadiren endoskopik/ açık cerrahi

Akut pankreatitte hastalar beslenemediğinden ve kapiller kaçak sendromu nedeni ile vasküler alandan üçüncü boşluğa sıvı kaçağı olmaktadır. Sıvı tedavisi, hipovolemiyi düzeltir ve pankreas perfüzyonunu sağlayarak pankreasın mikrosirkülasyonunu sağlayarak mikrotrombüs oluşmasını, böylece hastalığın ilerlemesini ve kötüleşmesini önler.

Beslenme

Akut pankreatitte erken beslenme tedavide ana ilke olmalıdır.

Hafif olgularda en kısa zamanda beslenmeye başlanmalıdır.

Bu hastaların özel beslenme desteğine gereksinimleri yoktur. Önceki yıllarda parenteral nutrisyon tek seçenek iken günümüzde oral beslenmenin sağlanamadığı durumda pankreası minimal uyarmak için nazojejunal tüp ile hipokalorik az miktarda beslenme önerilmektedir.

Enteral beslenme parenteral nutrisyona göre daha az komplikasyona ve bakteriyel translokasyona neden olmaktadır. Ayrıca barsak mukoza bütünlüğünün korunmasında daha etkili ve aynı zamanda daha ucuzdur.

Hastalığın başlangıcından 24-48 saat sonra başlanan hipokalorik diyetin prognozu iyileştirdiği, bağırsak mukoza bütünlüğünü koruduğu, özellikle septik komplikasyonları azalttığı, hastanede kalış süresini kısalttığı bildirilmiştir.

Oral beslenmeye başlamanın 7 günden uzun sürdüğü ; ileus, fistül ve abdominal kompartman sendromun geliştiği ağır olgularda total parenteral beslenme uygulanmalıdır. TPN'nin enfeksiyon ve komplikasyon geliştirme

oranı ve hastanede kalma süresi uzamaktadır

- KLİNİK İZLEM

- Hasta servise alındıktan sonraki gün ağrısı olmazsa yagsız diyetle orali açılmaya baslandı.Dekstrozlu idame mayisi devam etti.
- Karın ağrısı olduğunda ağrı kontrolü sağlandı.
- Aldığı çıkardığı takibi yapıldı.
- Yatışı boyunca hastanın beslenmesi kademeli olarak arttırıldı.

KAYNAKÇA

- 1.Nelson pediatri
- 2.UpToDate
- 3.<https://www.sciencesource.com/>
4. Güncel Gastroenteroloji Dergisi



Prof.Dr. Ayşen Uncuoğlu
Uzm. Dr. Belkıs İpekçioğlu
Uzm. Dr. Burcum Sertel

Emekleri için teşekkürler...

