



Kocaeli Üniversitesi Tıp
Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi Bilim Dalı
Olgu Sunumu

24 Mayıs 2019 Cuma

Ar. Gör. Dr. Ebru Şakalar

VAKA

- 12 yaş erkek hasta
- Şikayet: Karın ağrısı,kusma
- Hikaye
- Bilinen bir hastalığı olmayan 12 yaş hastanın başvurusundan 10 gün önce başlayan yemeklerle artan epigastrik ağrı şikayeti oluyormuş.
- Başvurusundan 1 gün önce, gece sol orta kadranda karın ağrısı şikayeti başlamış. Ağrı şiddetliymiş. İshal veya kabızlığı olmamış
- Dış merkeze başvurmuşlar. Bakılan kanlarında amilaz 267 U/L
- Batın BT'de pankreas kuyruk kesimi volümlü ve ödemli görünümünde olduğu saptanmış.
- Çocuk gastroenteroloji bölümü ihtiyacı nedeniyle hasta tarafımıza sevk edilmiş.

- **Özgeçmiş:**

- Prenatal: Annenin gebelik rutin usg kontrollerine gitmiş. Annenin 5.gebeliği, herşey normal seyretmiş.
- Natal:Midında c/s ile 300 gram doğmuş
- Postnatal: Doğar doğmaz ağlamış. Yoğun bakım yatışı olmamış.Sarılık ,peteşi yok.
- Nöromotor gelişim geriliği yok.

- **Soygeçmiş:**

- Anne: 45 Y, Sağ,sağlıklı
- Baba: 48 Y, Sağ,midede herni
- Akrabalık yok.

FİZİK MUAYENE

Ateş: 36,6

Nabız: 78/dk

KB: 120/70

SS: 24/dk

Saturasyon: %98 (oda havasında)

Boy: 149cm(97p)

Kilo: 41kg(97P)

FİZİK MUAYENE

Cilt: Turgor tonus doğal, mukozalar nemli
ayaklarda pteşiel döküntüler mevcut.

Baş Boyun: Saç ve saçlı deri doğal, Boyunda kitle, lap yok

Gözler: Bilateral ışık refleksi alınıyor.

KBB: Orofareks doğal.

KVC: S1(+), S2 (+) ek ses ,üfürüm yok

SS: Solunum sesleri bilateral eşit, ral ve ronküs yok

GİS: Batın hassasiyet, batın sol orta zonda defans mevcut

Rebound yok

GÜS: Haricen erkek

Nöroloji: Bilinç açık, koopere, Derin tendon refleksleri alınıyor.
motor duyu defisiti yok

Laboratuvar:

• Wbc: 14,837/mm ³	3.6-10.2	• Glu: 130 mg/dl	74-106
• Neu:13,369/mm ³	1.7-7.6	• Üre: 16 mg/dl	17-43
• HB: 12,9 g/dl	12.5-16.6	• Kre: 0. 40 g/dl	0.67-1.17
• MCV: 75 fL	73-96.2	• AST: 27 U/L	<50
• HCT:39	36.7-47	• ALT: 21 U/L	<50
• PLT: 316000/mm ³	152-348	• T. Bil: 0.34	0.3-1.2
• Rbc: 5218 mmol/ML	4.06-5.6	• İnd. Bil: 0,27 mg/dl	<0.9
• LYM:6740/mm ³	1-3.2	• T.pro: 75 g/dl	66-83
• MCH:24,7 pg	23.8-33	• Alb: 42 g/dl	35-52
• MCHC:32,8 g/dl	32.5-36	• Na: 137,7 meq/l	136-146
• Sedimantasyon:7mm/h	<15	• K: 4,1 meq/l	3.5-5.1
		• Ca: 9.9 mg/dl	8.8-10.6
		• CRP:3.05 mg/dl	<5
		• Amilaz:212 U/L	28-100
		• Lipaz:233 U/L	<67

ÖN TANILAR ?

Klinik İzlem

Akut pankreatit olarak kabul edilen hastanın takiplerinde 3 gün beslenmesi kesilerek izlendi ,aralıklı karın ağrısı devam etti

3. günün sonunda karın ağrısı belirgin geriledi.

4. günde oral beslenmesi açıldı.Yağsız diyet önerildi.

1.Haftanın sonunda bakılan kontrol kanlarında

Amilaz:55 U/L Lipaz:31 U/L olarak saptandı.

Çocuk gastroenteroloji polk kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Akut Pankreatit

- Akut pankreatit (AP), pankreasın şiddetli persistan epigastrik ağrı ile ortaya çıkan akut inflamatuvar bir hastalıdır.

Etyoloji

Mekanik	Safra taşı, safra çamuru, tümör, striktür, parazit
Toksik	Etanol, metanol, organofosfat zehirlenmeleri
Metabolik	Hiperlipidemi, hiperkalsemi
İlaçlar	Didanozin, pentamidin, metronidazol, tetrasiklin, azatiopurin, furosemid, valproik asit
Enfeksiyon	Kızamık, koksaki, hepatit B, CMV, VZ, HIV Mikoplazma, lejyonella, leptospira, salmonella Aspergillus Toxoplazma, ascaris, criptosporidium
Travma	
Konjenital	Pankreatik divisum
Vasküler	İskemi, ateroemboli, vaskülit (PAN SLE)
Diğer	postERCP; Renal transplantasyon, alfa 1 antitripsin eks
Genetik	CFTR, PRSS1 ve diğer gen mutasyonları

Klinik Sınıflandırma

- **Hafif AP:** Lokal ve sistemik komplikasyonlar veya organ yetmezliği yoktur.
- **Orta derecede şiddetli AP :** Geçici organ yetmezliği (48 saat içinde çözülür) ve/veya persistan organ yetmezliği olmaksızın lokal ve sistemik komplikasyonlar
- **Şiddetli AP:** Bir veya daha fazla organı tutan persistan organ yetmezliği

Klinik

- Akut persistan başlangıç ve şiddetli epigastrik abdominal ağrı
- Bazen ağrı sağ üst kadranda veya nadir olarak sol tarafta tanımlanabilir.
- Safra taşı olan hastalarda ağrı iyi lokalizedir
- Yaklaşık olarak hastaların %50'sinde ağrı sırta yayılır
- Ağrı bir kaç saatten güne kadar devam eder ve kısmen dik oturma veya öne eğilme ile rahatlar
- Hastaların %90'ında bulantı ve kusma vardır ve bir kaç saat devam edebilir.
- Şiddetli AP'de sekonder diafram inflamasyonu sebebiyle dispne, plevral efüzyon veya adult respiratuar distres sendromu
- %5-10 u ağrısız hastalık ve açıklanamayan hipotansiyona neden olabilir

Fizik Muayene

- Hafif AP epigastrik bölgede palpasyona minimal hassasiyet olabilir.
- Şiddetli AP epigastriumda ve abdomende diffüz hassasiyet
- Abdominal distansiyon, azalmış bağırsak sesleri olabilir.
- Pankreas başı inflamasyonu ve kolelitiyazis durumunda obstrüktif sarılık
- ateş, takipne, hipoksemi ve hipotansiyon
- AP li hastaların %3 ünde periumblikal bölgede (Cullen belirtisi) veya böğürde (Grey Turner bulgusu) ekimotik diskolarasyon (Pankreatik nekroz bağlı retroperitoneal kanama)
- Nadir vakalarda subkutan nodüler yağ nekrozu veya pannikülit olabilir.

Laboratuvar

- **Serum Amilazı:**
- 6-12 saat içinde yükselir.
- Kısa yarılanma ömrüne sahiptir (10 saat)
- Komplike olmayan ataklarda 3-5 gün içerisinde normale döner.
- Normal üst değerinin 3 katından daha fazla artması akut pankreatit tanısı için önemlidir
- Geç başvuran hastalarda (>24 saat) hatalı sonuca neden olabilir.
- Amilaz yüksekliği AP için spesifik değildir ve başka hastalıklarda da görülebilir.
- **Serum Lipazı:**
- AP için %82-100 arasında spesifik ve sensitiftir.
- 4-8 saat arasında yükselir ve 24 saatte pik yapar.
- Normale dönmesi 8-14 gün sürer.
- Geç başvuran hastalarda amilaza göre daha değerlidir.

Laboratuvar

- Tripsinojen aktive edici peptid (TAP), idrar ve serum tripsin düzeyi, fosfolipaz, karboksipeptidaz, kolipaz ve pankreatik izoamilaz.
- CRP, IL-6, IL-8, IL-10, TNF ve PMN elastaz gibi mediatörler artar.
- CRP şiddetli AP'de 48 saatte 150 mg/L'nin üzerine çıkar.
- Lökositoz
- Hematokrit artışı (hemokonsantrasyondan dolayı)
- Artmış BUN, hipokalsemi, hiperglisemi veya hipoglisemi de görülebilir.

Görüntüleme

- **Batın USG:** Pankreasta diffüz genişleme, hipoekoik görünüm. İleusta bağırsak gazlarında artış, biliyer taş
- **Abdominal BT:** Kontrastlı BT interstisyel ödematöz pankreatit bulguları olan fokal veya diffüz genişleme ve pankreasta heterojen kontrast tutulumu gösterir. Nekrozlar varsa kontrast artışı olmaz.
- BT ile biliyer taş, altta yatan pankreatik kanser ve diğer neoplazmlarda gösterilebilir.
- **MRI:** Erken AP tanısı için BT'den daha sensitiftir. Komplikasyon ve biliyer sistemi daha iyi görüntüler. MR kolanjiografi çekilebilir.

Tanı

- Akut, persistan, şiddetli epigastrik ağrı ve palpasyonda hassasiyet olan bir hastada AP'den şüphelenilmelidir.

Tanı 3 kriterden 2'sinin varlığı gerektirir.

- Sırta vuran şiddetli epigastrik ağrı
 - Serum lipaz ve amilazında 3 kat artış
 - MRI,BT veya USG'de pankreatit bulguları
- İlk 2 bulgunun olması durumunda tanı için görüntüleme gerekmez.
 - Tanıda tam kan sayımı, elektrolitler, ALT, AST, bilirubin, kalsiyum ve albümin bakılmalıdır.

Tedavi

Beslenmenin kesilmesi

NG drenajı

Sebebe yönelik tedavi(ilacın kesilmesi ,beslenmenin düzenlenmesi)

Analjezi

Sıvı elektrolit düzenlenmesi

Enteral /parenteral nütrisyon

Antibiyotik

Peritoneal Lavaj

Nadiren endoskopi/açık cerrahi

TEŞEKKÜRLER