

Akut Pankreatite Bağlı İntraabdominal Kanama: Olgu sunumu**Intraabdominal Hemorrhage due to Acute Pancreatitis: Case Report****Erman YEKENKURUL^{1*}, Mehmet YAŞAR¹, Dilek YEKENKURUL², Abdulkadir İSKENDER³**¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce²Akçakoca Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Düzce³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce**ÖZ**

Akut pankreatit, karın ağrısı ve kusma gibi özgül olmayan bulgularla seyreden akut pankreas hücre inflamasyonudur. Akut pankreatit sonrası pseudokist, apse, nekroz gibi komplikasyonlar görülebilirken hemoraji nadir görülen bir komplikasyondur. Burada idiyopatik nedenle oluşan, 39 yaşında erkek bir hastada görülen, akut pankreatite bağlı intraabdominal kanama vakası sunulmuştur. Karın ağrısı ve iştahsızlık şikayetleriyle acil servise başvuran hastada; alınan anamnez, bulgular ve yapılan tetkiklerin sonucu olarak akut pankreatit düşünüldü. Hastanın oral beslenmesi kesilerek, beslenme desteği damar yolu ile verildi ve ağrı kontrolü sağlandı. Takibinde hemoglobin ve hematokrit seviyesinin düşmesi sebebiyle diagnostik laparoskopi yapıldı. Eksplorasyonda pankreas frajil ve hemorajik izlendi. Kanama kontrolü sağlandı; semptomatik tedaviler uygulandı; sonrasında karın ağrısı geriledi. Laboratuvar bulguları tamamen düzelen ve ek şikayeti gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak; akut pankreatit olgularında hemoraji gibi nadir görülen komplikasyonların da olabileceği unutulmamalı, hastanın bulgularının bizi yanıltabileceği düşünülererek ileri tetkik yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akut pankreatit; diagnostik laparoskopi; intraabdominal kanama.

ABSTRACT

Acute pancreatitis is acute inflammation of pancreatic cells that may presents with non-specific findings such as abdominal pain and vomiting. Haemorrhage is a rare complication of acute pancreatitis, while complications such as pseudocyst, abscess, necrosis may also occur. Here, we present a case of 39-years-old male patient with intraabdominal bleeding due to idiopathic acute pancreatitis. Patient presented to emergency department with abdominal pain and lack of appetite; as a result of history, findings and investigations acute pancreatitis were considered. Oral feeding was stopped and nutritional support was given by vascular access and pain control was achieved. Due to decrease in hemoglobin and hemotacrit level diagnostic laparoscopy were performed. On exploration fragile and hemorrhagic pancreas was observed. Bleeding control was achieved; after symptomatic treatment abdominal pain regressed. Laboratory findings were completely recovered and patient was discharged. As a result; should also be noted that the rare complications of acute pancreatitis, such as hemorrhage, can be seen , so considering the patient's symptoms can mislead us further investigations should be made.

Keywords: Acute pancreatitis; diagnostic laparoscopy; intraabdominal hemorrhage.

GİRİŞ

Akut pankreatit, sindirim enzimlerinin pankreas içi aktivasyonu ile pankreasın oto sindirimi sonucu oluşur. Karın üst kadranına lokalize ve sırta yayılabilen şiddetli ağrı ile karakterize; başta çevresindeki organlar olmak üzere diğer organları etkileyebilen, sistemik bulguların da eşlik edebildiği akut inflamatuvar bir süreçtir (1,2). Akut pankreatitin yıllık insidansı 100.000'de 5-80 kişi arasında değişmektedir (3). Pankreatit sırasında pankreatik ödem ve bir sonraki aşama olarak pankreas nekrozu ve hemorajik infarktlar ortaya çıkabilmektedir. Psödokist oluşumu akut pankreatitin en sık görülen komplikasyonudur; bunun dışında lokal komplikasyon olarak paralitik ileus, obstrüksiyon, intraabdominal ve peripankreatik sıvı koleksiyonları, nekroz, apse görülebilir. Pankreasta ve çevresinde kanama ise seyrek görülen komplikasyonlarından (4). Burada nadir görülen akut pankreatite bağlı intraabdominal kanama olgusu sunulmuştur. Olgunun yazılı olarak bilgilendirilmiş onamı alınmıştır.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Erman Yekenkurul, ermanyekenkurul@yahoo.com, ORCID: orcid.org/0000-0002-6725-4289

Geliş Tarihi / Received: 24.09.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 09.10.2018

OLGU SUNUMU

Daha önce sağlıklı olduğu bilinen 39 yaşında erkek hasta, 3-4 gündür karın ağrısı ve iştahsızlık şikayetleriyle acil servise getirildi. Öyküsünden bir hafta önce kısa süreli karın ağrısının olduğu, aralıklı olarak geceleri uykudan uyandıran nitelikte ağrının devam ettiği, ancak bir sağlık kurumuna başvurmamış olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Genel durumu iyi, şuur açık, oryante-koopereydi; nabız: 110/dakika, solunum sayısı: 24/dakika, vücut ısısı: 37.2°C (aksiller), kan basıncı: 90/60 mmHg olarak ölçüldü. Gastrointestinal sistem muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet dışında bulguya rastlanmadı. Diğer sistemler doğaldı. Laboratuvar incelemesinde: Hb; 18,1 gr/dL, hematokrit: %54, beyaz küre; 14400/mm³, trombosit; 224.000 /mm³, serum glikozu; 108 mg/dL, aspartat amino transferaz (AST); 5 U/L, alanin amino transferaz (ALT); 5 U/L, serum amilaz; 333 (28-100) U/L, serum lipaz; ölçülmemiş, gama glutamil transferaz (GGT); 45 U/L, serum kalsiyum; 3,98 mg/dL saptandı. Abdomen ultrasonografisinde pankreas izlenmedi; safra kesesi duodenum komşuluğunda minimal serbest sıvı saptandı ve diğer organlar akut patolojiler açısından doğal bulundu. Bilgisayarlı abdomen tomografisinde (BT); pankreas baş bölümünde diffüz kalınlaşma, sıvı koleksiyonları görüldü ve mevcut bulgular akut pankreatit lehine yorumlandı (Resim 1). Bu aşamada pankreasta nekroza işaret eden dansite değişikliği izlenmedi. İntrahepatik safra yolları, koledok kanalı doğal bulundu. Akut pankreatit tanısıyla oral beslenmesi kesilerek, ağrı kontrolü sağlandı. Günlük toplam en az 3000 cc sıvı alacak şekilde ringer laktat, izotonik ve total protein nutrisyon tedavileri planlandı. Serum amilaz ve lipaz düzeyi takip edildi. Hastanın takibinde hemoglobin değerinin 18,1 gr/dL'den 11,2 gr/dL'ye ve hematokrit seviyesinin %33'e düşmesi, BT'de batın içinde serbest mayi izlenmesi, iv sıvı desteğine rağmen hipotansiyon (80/50 mmHg) ve taşikardi gelişmesi (150/dk) sebebiyle MRI (manyetik rezonans görüntüleme) düşünülmüdü ve acil diagnostik laparoskopi yapıldı. Batın içine girilen teleskop yardımıyla yapılan eksplorasyonda safra kesesinde patoloji olmadığı görüldü ve karaciğer doğal izlendi. Ayrıca retroperitoneal hematoma ve mide posteriorundan bursa omentalis oradan batın içine hemoraji görüldü. Pankreas frajil ve hemorajik izlendi (Resim 2). Yaklaşık 1000 cc hemorajik sıvı aspire edildi. Kanama odakları ultrasonik enerji kaynağı yardımıyla durduruldu. Ardından batın serum fizyolojik ile yıkandı. Postoperatif hemoglobin değeri 9,5 gr/dL'ye ve hematokrit değeri %28'e kadar gerileyen hastaya 1 ünite ERT, 4 ünite TDP verildi. 48 saat sonra yapılan abdomen BT kontrolünde (Resim 3); pankreas boyutlarında ve parankim dansitesinde belirgin fark izlenmedi. Batında serbest sıvı yoktu. Aynı gün serum lipaz değeri 46U/L tespit edildi. Hastaya antibiyoterapi uygulandı. Hemoglobin değerinde düşüş görülmüdü. Karın ağrısı geriledi ve laboratuvar bulguları tamamen düzeldi, ek şikayeti gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

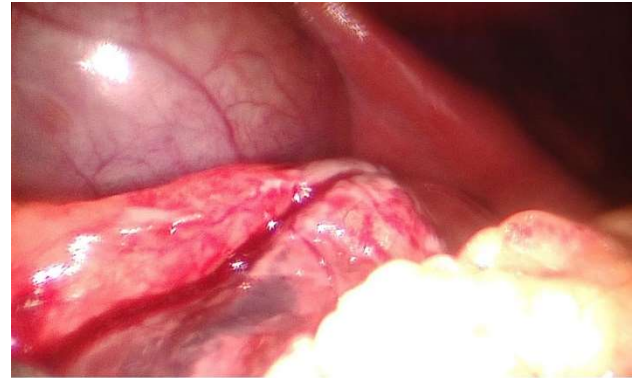
En sık alkol ve safra taşları akut pankreatitin nedeni olmakla birlikte; diğer nedenleri ERCP, cerrahi, travma, vasküler faktörler, ilaçlar, enfeksiyon, hiperlipidemi ve biliyer anomalilerdir. İdiopatik akut pankreatit ise nedenin ortaya koyulamadığı durumları tanımlar. Sekimoto ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı çalışmada akut pankreatitin nedenlerinin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiğinin ancak genellikle erkeklerde alkole bağlı pankreatit, kadınlarda kolelitiasise bağlı pankreatitin daha sık görüldüğü diğer nedenlerin seyrek görüldüğünden bahsedilmiştir (3). Bizim vakamızda alkol, safra taşı, travma, enfeksiyon, hemorajiye sebep olan ilaç kullanımı olmaması dikkat çekiciydi.

Akut pankreatitte klinik semptom ve bulgular özellikle yaş ve atağın şiddetine bağlı olarak çeşitlilik gösterebilir. Ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma, abdominal distansiyon sık görülen semptom ve bulgulardır. Bu semptomlardan en sık görüleni

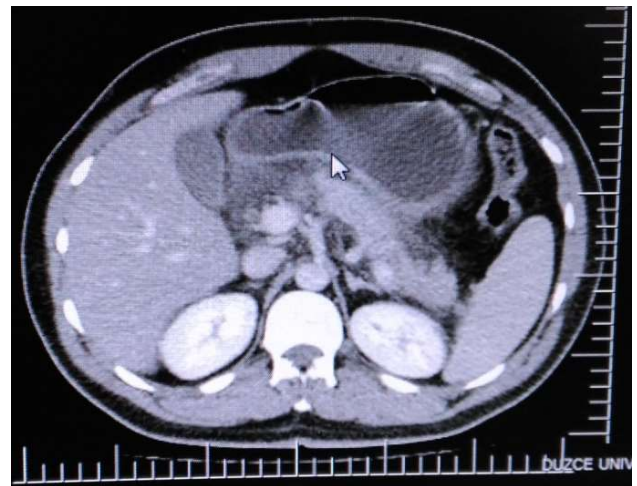
epigastrik bölgede veya sol üst kadranda hissedilen karın ağrısıdır. Ağrı şiddetli olabilir ancak hastalığın şiddeti ile orantılı değildir (5). Nitekim hastamız intra abdominal hemoraji ile giden akut pankreatit olmasına rağmen, karın ağrısı ve iştahsızlık gibi müphem semptomlarla başvurmuştu. Safralı kusma, ateş, distansiyon, defans, rebound gibi semptom ve bulguları mevcut değildi.



Resim 1. Preoperatif bilgisayarlı tomografi görüntüsü; pankreasın özellikle baş bölümünde diffüz hafif kalın görünüm ile birlikte peripancreatik yağ doku düzeyinde daha belirgin olmak üzere, duodenum çevresi ve özellikle sağda gerota fasiası anterior komşuluğunda sıvama tarzında sıvı koleksiyonları; ayrıca yağ dokuda kirlenme görülmektedir. Duodenumun birinci ve ikinci kıtaları düzeyinde diffüz ödem görülmektedir.



Resim 2. Pankreasın laparoskopik hemorajik görüntüsü



Resim 3. Postoperatif bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Lökositoz, hiperglisemi, hipokalsemi, glikozüri, GGT artışı, hiperbilirubinemi, amilaz-lipaz yüksekliği, hemokonsantrasyon ve koagülopati akut pankreatitte görülebilecek laboratuvar bulgularıdır (6). Bizim olgumuzda hastaneye ilk başvurduğunda GGT artışı, hiperbilirubinemi, koagülopati olmamasına rağmen amilaz yüksekliği, hiperglisemi, lökositoz, hipokalsemi ve hemokonsantrasyona bağlı hemoglobin yüksekliği mevcuttu. Ancak sonrasında pankreasta kanamaya bağlı olarak hemoglobinde düşme görüldü.

Kontrastlı BT, ödematöz ve nekrotizan AP'nin ayırıcı tanısında nekroz ve peripankreatik inflamasyonu göstermek için kullanılır (7). Bizim hastamızda da kontrastlı BT incelemesinde yağ dokusunda kirlenme, peripankreatik yağ doku düzeyinde ve duodenum çevresinde sıvı koleksiyonu, duodenumda ödem görülmüştü. Yapılan tanısal laparoskopide ise kanama ve subkapsüler birkaç adet apse odağı gözlemlendi, ancak nekroz görülmedi. Bu da bize BT'nin yetersiz olabileceğini düşündürdü. Apseler odaklarının milimetrik olması sebebiyle kültür alınmadı.

Mier ve arkadaşlarının 25 hastada erken, 11 hastada geç (12 gün sonra) nekrozektomi yaptıkları çalışmalarında ölüm oranını erken girişimde %56, geç girişimde %27 olarak bildirmişlerdir (8). Erken cerrahi müdahale yüksek mortalitesinden dolayı artık önerilmemektedir. Bugün kabul gören görüşe göre; şiddetli pankreatitte cerrahi mümkün olduğunca geç uygulanmalıdır. Hastalığın başlangıcından 3-4 hafta sonra nekrotik doku varlığı iyi bir demarkasyonla operasyonu kolaylaştırdığı kabul edilir. Bu yaklaşım kanama riskini azaltıp canlı doku kaybını minimize eder. Böylece endokrin ve ekzokrin pankreatik yetersizlik azalır. Sadece kanıtlanmış enfekte nekroz ya da masif kanama ve barsak perforasyonu gibi nadir komplikasyonlar varlığında erken dönemde cerrahi gerçekleştirilmelidir. Nekrozektomi girişiminin 15. günden sonraya, hatta mümkünse 3-4. haftaya ertelenmesi önerilmektedir (9). Bizim hastamızda tanısal laparoskopi yapılmış olup sadece kanama kontrolü ve apse drenajı yapıldı. Ayrıca pankreasta nekroz saptanmamasına rağmen kanama olması dikkat çekiciydi.

Sonuç olarak; akut pankreatitte hemoraji gibi nadir görülen komplikasyonların da olabileceği unutulmamalı, hastanın bulgularının bizi yanıltabileceği düşünülerek ileri tetkik yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Blomgren KB, Sundström A, Steineck G, Wiholm BE. Obesity and treatment of diabetes with glyburid may both be risk factors for acute pancreatitis. *Diabetes Care*. 2002;25(2):298-302.
2. Beyazit Ü, Taşkesen F, Büyük A, Arıkanoglu Z, Önder A, Kapan M, ve ark. Akut biliyer pankreatitli olgularda erken ve geç laparoskopik kolesistektominin yeri. *Ulusal Cerrahi Dergisi*. 2011;27(3):137-40.
3. Sekimoto M, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history and outcome predictors in acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2006;13(1):10-24.
4. Keşkek M, Hamaloğlu E. Akut pankreatit. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2002;2(3):185-97.
5. Tamer A, Yaylacı S, Demirsoy H, Nalbant A, Genç A, Demirci H, ve ark. Akut pankreatitli olgularımızın retrospektif değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2011;1(1):17-21.
6. Werlin SL, Kugathasan S, Frautschy BC. Pancreatitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003;37(5):591-5.
7. Tüzün A, Yıldız İM, Baysal B. Akut pankreatit. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2012;1(3):50-8.
8. Mier J, Leon EL, Castillo A, Robledo F, Blanco R. Early versus late necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis. *Am J Surg*. 1997;173(2):71-5.
9. Arıkanoglu Z, Başbuğ M, İlhan YS. Akut Pankreatitte Cerrahi Zamanlama. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2011;25(1):53-6.