

Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Bir Hastada Gelişen Şiddetli Akut Pankreatit

Severe Acute Pancreatitis in a Patient With End-Stage Renal Disease

Attila Önmez¹, Ahmet Tarık Eminler², Gökçen Öztürk³, Savaş Sipahi⁴, Yasemin Gündüz⁵, Laçın Tatlı⁵, İhsan Uslan², Ali Tamer¹

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

³Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji

⁴Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

⁵Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

Yazışma Adresi / Corresponding to:

Dr. Attila Önmez, Korucuk Mah.sakarya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği Kat: 1 Sakarya - Türkiye
GSM: 05068455869 e-mail attilaonmez@gmail.com

Özet

Başvuru Tarihi: 06.04.2013 Kabul Tarihi: 10.06.2013

Akut pankreatit, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarında tanı konulması ve tedavisinde güçlükler yaşanan klinik bir sorundur. Bu yazıda, kronik böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyaliz tedavisi gören 62 yaşında erkek hastada gelişen şiddetli akut pankreatit seyri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, Hemodiyaliz, Son dönem böbrek yetmezliği

Abstract

Application: 06.04.2013 Accepted: 10.06.2013

Acute pancreatitis is a challenging clinical problem that is difficult to diagnose and to treat in end-stage renal disease (ESRD) patients. In this case report, we present the course of severe acute pancreatitis in a 62-year-old male who was under hemodialysis treatment for ESRD.

Keywords: Acute pancreatitis, hemodialysis, end-stage renal failure

Giriş

Hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezlikli (SDBY) hastaların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. SDBY'li hastaların tedavi sürecinde hematolojik, metabolik, nörolojik, kardiyak ve gastrointestinal sistemi ilgilendiren çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Akut pankreatit de bu hastalarda gelişen ciddi komplikasyonlardan birisidir ve böbrek yetmezliği olmayan hastalara göre daha ağır seyretmektedir.

Bu yazıda karın ağrısı nedeni ile acil servise gelen SDBY'li, hemodiyalize giren bir hastada tanısı konulan ve komplikasyonlar ile seyreden akut şiddetli biliyer pankreatit hastalığı tartışılmıştır.

Olgu:

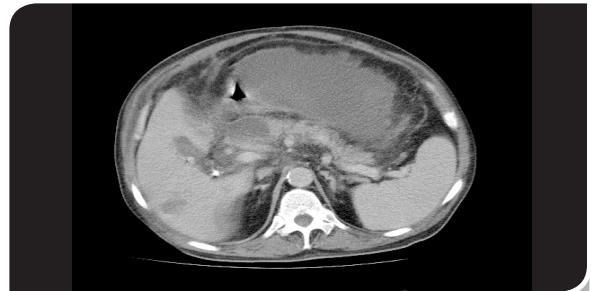
Son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile 6 yıldır hemodiyaliz tedavisi görmekte olan 62 yaşında erkek hasta 2 gündür şiddetli giderek artan kuşak tarzında künt, sırta vuran ağrı ve ayrıca buna eşlik eden bulantı, kusma ve nefes darlığı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde TA:160/90 mmHg, Nabız:120/dk ritmik düzenli, solunum sayısı 21/dk, Ateş: 36,4 °C olup batında yaygın hassasiyet saptandı. Solunum seslerinde bilateral bazallerde raller mevcuttu. Hastanın laboratuvarında Lökosit: 13900/mm³ (4,500-10,500), Hemoglobin: 11,7 gr/dl (13-18), Htc: % 38,4 (42-52), Trombosit: 303.000/mm³ (150-400x10³), AKŞ: 278 gr/dl (80-100), Üre: 143 mg/dl, Kreatinin: 8,0 mg/dl (0,6-1,2), Na: 133 mmol/dl (135-145), K: 6,7 mmol/dl (3,5-5,0), Ca: 10,7 mg/dl (8,2-10,2), Alkale Fosfataz: 107 U/L (35-100), LDH: 367 U/L (50-150), GGT: 39 U/L (8-61), AST: 57 U/L (0-32), ALT: 42 U/L (0-33), Serum Amilaz: 3385 U/L (20-130), Serum Lipaz: 1379 U/L(30-150), CRP: 514 mg/L (0-5), Sedimentasyon: 51/saat olarak saptandı. Hastada bu bulgular ile akut pankreatit tanısı konularak yoğun bakıma yatırıldı. Hastanın idrar çıkışının bulunmaması ve hipervolemiden kaçınılması amacı ile sıvı replasman tedavisi 1500cc/gün ile sınırlandırıldı ve gūnaşırı hemodiyaliz eşliğinde sıvı replasmanı verildi. Ağrı kontrolü sağlanan hastaya yatışında ampisilin-sulbaktam 1,5 gr 2x1 intravenöz (İV) tedavisi başlandı.

Batın ultrasonografi (USG) incelemesinde, safra kesesinde milimetrik boyutta taş ekoları saptanan hastada pankreas ise gaz nedeni ile değerlendirilemedi. Kontrastlı batın tomografisi incelemesinde; pankreasta boyut artışı, ödematöz kalınlaşma,

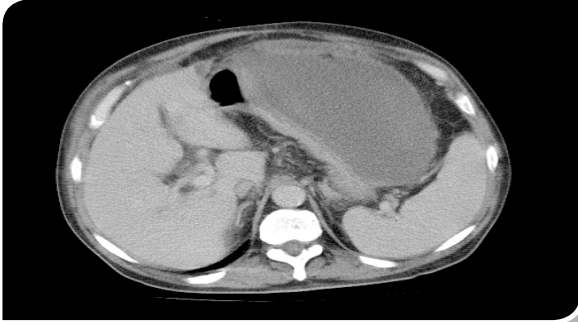
çevre retroperitoneal yağ planlarında retiküler tarzda kirlenme ve nekroz ile uyumlu geniş kontrastlanmayan parankim alanı izlendi (Resim I). Hastanın yatışının 7. gününde ateşinin olması, enfeksiyon belirteçlerinde anlamlı gerileme olmaması ve kliniğinin düzelmemesi üzerine enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile İmipenem 250 mg İV 2x1 ve Vancomisin 1mg İV 7 günde 1 tedavisine geçildi. Tekrar edilen Batın USG incelemesinde peripankreatik alanda 5,5 cm çaplı kistik lezyon saptanan hastanın tekrar edilen batın tomografisi incelemesinde ise pankreas korpus düzeyinden anteriora ve süperiora uzanan ve mideyi bikonkav şekilde kollebe eden aksiyel planlarda 163x85 mm boyutlarında kalın duvarlı psödokist ile pankreas başı-korpus bileşkesinde 49x33 mm boyutlarında psödokist formasyonları tespit edildi (Resim-II ve III). 4 hafta sonunda ateşi kontrol altına alınan, karın ağrısı gerileyen ve laboratuvar parametreleri normal seviyelere gelen hasta oluşan lokal komplikasyonların takibi amacıyla 6 hafta sonra batın tomografi incelemesi ile kontrole gelmek üzere taburcu edildi.



Resim 1: Aksiyel planda kontrastlı BT kesitinde pankreas baş kısmı ve unsinat prosesinin genişlediği, peripankreatik yağlı planların kirlendiği ve nekroz ile uyumlu geniş kontrastlanmayan parankim alanı içerdiği izleniyor. (ok)



Resim 2: Aksiyel planda alınan kontrastlı batın BT kesitinde pankreas korpus-kuyruk anteriorunda yağlı doku içerisinde ve pankreas başında 2 adet psödokist formasyonu izlenmektedir. (beyaz oklar)



Resim 3: Aksiyel planda alınan kontrastlı batın BT kesitinde mide büyük kurvaturu komşuluğundaki yağlı plan içerisinde mideyi tamamen kollabe(ok başı) eden dev psödokist (beyaz ok) formasyonu izlenmektedir.

Tartışma:

Son dönem böbrek yetmezliğinde akut ve kronik pankreatit nadir görülen bir durumdur. Yapılan bir çalışmada takipteki 264 hemodiyaliz hastasının sadece 1'inde (%0,4) akut pankreatit atağı gelişmiş¹ olduğu bildirilmiş olup, çok merkezli başka bir çalışmada ise 68715 hastanın 46'sında (insidans hızı 67/100.000/yıl) akut pankreatit gelişmiştir². 716 son dönem böbrek yetmezlikli hastayı içeren bir takipte ise 46 hastada (%6,4) pankreatit geliştiği raporlanmıştır³. Periton diyalizi gören hastalarda ise hemodiyaliz hastalarına göre daha yüksek pankreatit prevalansı bildirilmiştir⁴.

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda akut ve kronik pankreatit etyolojisinde renal yetmezlik olmayanlara göre belirgin fark bulunmamaktadır. İlave olarak bu hastalarda vasküler hastalıklar, polikistik böbrek hastalığı, ilaç kullanımı ve hiperparatroidi etyolojik faktörler arasında sayılabilir⁵.

Son dönem böbrek yetmezliği hastalarda kolesistokinin, serum gastrik inhibitör polipeptit ve glukagon gibi gastrointestinal hormonların konsantrasyonları anlamlı olarak artmıştır ve

hemodiyaliz tedavisi sürecinde de hormon düzeyleri yüksek seyretmektedir⁶. Yükselen bu hormonlar özellikle tripsin olmak üzere diğer pankreatik enzimlerin salınımını arttırır. Pankreasın kolesistokinin tarafından sürekli stimülasyonu da pankreasdaki morfolojik değişimlere yol açabilmektedir. Bu hastalarda gelişen pankreatit sürecinde bu fizyopatolojik değişikliklerin de rolü olduğu düşünülmektedir⁷.

Son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda dikkat edilmesi gereken bir nokta da pankreatik enzimlerde normalin üst sınırının 3 katına kadar bir yüksekliğin olabileceğidir⁸. Dolayısıyla bu hastalarda sadece hiperamilazemi ile akut pankreatit tanısı koymak kolay değildir. Bizim vakamızda tipik karın ağrısı, amilaz ve lipaz değerlerinde 25-30 kat artış ile beraber ultrasonografide safra kesesinde taş görülmesi ve tomografi bulguları ile akut biliyer pankreatit tanısı konulmuştur.

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda gelişen akut pankreatit ile prognoza yönelik yapılan çalışmalarda artmış psödokist formasyonu insidansı ve daha yüksek mortalite tespit edilmiş olup daha komplikasyonlu bir seyir izlendiği belirtilmiştir⁹.

Akut pankreatit tedavi prensipleri hemodiyaliz hastasında da farklı değildir. Bu hastalarda özellikle altta yatan faktörün bir an evvel düzeltilmesi yönünde hızlı hareket edilmelidir. Bunlar uygun hastalarda erken dönem ERCP, hiperkalseminin hızlıca düzeltilmesi ve olası ilaçların kesilmesi olarak sayılabilir.

Sonuç olarak son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda gelişen akut pankreatit tedavisindeki en önemli problem tedavinin en önemli unsuru olan sıvı resüsitasyonu yapılırken sıvı yüklenmesidir. Bizim vakamızda da olduğu gibi bu hastalarda uygun sıvı resüsitasyonu yapılmasında yaşanan zorluklardan dolayı genelde komplikasyon oranları yüksek olarak saptanmaktadır.

Kaynaklar

1. M J Bruno, D J van Westerloo, W T van Dorp, et al. Acute pancreatitis in peritoneal dialysis and haemodialysis: risk, clinical course, outcome, and possible aetiology. *Gut* 2000;46:385–389
2. Lankisch PG, Weber-Dany B, Maisonneuve P, et al. Frequency and severity of acute pancreatitis in chronic dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23:1401.
3. Padilla B, Pollak VE, Pesce A, et al. Pancreatitis in patients with end-stage renal disease. *Medicine (Baltimore)* 1994; 73:8.
4. Caruana RJ, Wolfman NT, Karstaedt N, et al. Pancreatitis: an important cause of abdominal symptoms in patients on peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 1986; 7:135.
5. Kishino T, Nakamura K, Mori H, et al. Acute pancreatitis during haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20:2012.
6. Owyang C, Miller LJ, DiMugno EP, et al. Gastrointestinal hormone profile in renal insufficiency. *Mayo Clin Proc* 1979;54:769–73.
7. Owyang C, Miller LJ, DiMugno EP, et al. Pancreatic exocrine function in severe human chronic renal failure. *Gut* 1982;23:357–61.
8. Masoero G, Bruno M, Gallo L et al. Increased serum pancreatic enzymes in uremia: relation with treatment modality and pancreatic involvement. *Pancreas* 1996; 13: 350–355
9. Joglar FM, Saadé M. Outcome of pancreatitis in CAPD and HD patients. *Perit Dial Int* 1995; 15:264.