

## NADİR BİR ASİT NEDENİ: KRONİK PANKREATİT

Dr. N. Onur KUTLU \*  
Dr. Uğur KOLTUKSUZ \*\*  
Dr. Bülent YILDIRIM \*\*\*  
Dr. Hanefi SOYLU \*  
Dr. Ünsal ÖZGEN \*  
Dr. Ayşehan AKINCI \*

*Pankreatik asitler, periton içi sıvı artışı yapan siroz, tüberküloz ve maligniteye bağlı diğer nedenlerden ayırıcı tanısı gereken nadir bir klinik antitedir. Uluslararası literatürde bu güne kadar kronik pankreatite bağlı asit gelişen 250'den az vaka tanımlanmıştır.*

*Bir aylık karın şişliği öyküsü ile hastanemize getirilen 7 yaşındaki erkek çocukta, 3 ay önce karına künt travma ve bunu takip eden hafif karın ağrısı atakları tanımlanıyordu. Büyüme ve gelişmesi normal, fizik muayenesinde asit dışında başka bir patolojik ek bulgusu olmayan hastanın klinik ve laboratuvar bulguları neticesinde travmaya sekonder kronik pankreatit düşünüldü. Pankreatik asidin nadir bir klinik antite olması nedeniyle ayırıcı tanı ve tedavi açısından tartışılması uygun görüldü.*

**Anahtar kelimeler:** Kronik pankreatitis, asit, çocuk

**A rare cause of ascites: chronic pancreatitis**

*Pancreatic ascites is a rare clinical entity, which causes increase of intraperitoneal fluid and needs to be differentiated from the reasons such as cirrhosis, tuberculosis and malignancy. Less than 250 cases that revealed ascites related to chronic pancreatitis are described up to date.*

*A 7-year-old boy was admitted to our department with a history of abdominal distension. He experienced a blunt abdominal trauma three months before admission and following represented abdominal pain attacks since then. Growth and development course were normal and physical examination showed no pathologic findings except ascites. Chronic pancreatitis secondary to trauma was considered with the help of clinical findings and laboratory data. Being a rare clinical entity, pancreatic ascites is discussed from the point of diagnosis and treatment.*

**Key words:** Chronic pancreatitis, ascites, child

\* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, MALATYA  
\*\* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, MALATYA  
\*\*\* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, MALATYA

### Yazışma Adresi:

Dr. Nurettin Onur KUTLU  
İnönü Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Çocuk Sağlığı  
ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı  
44069 MALATYA

Kronik pankreatit pankreasta kalıcı ve ilerleyici, morfolojik ve fonksiyonel hasara yol açan çocukluk çağında çok nadir rastlanan bir hastalıktır. Yetişkinlerdeki sıklığı Amerika ve İsveç'te yüzbinde dört olup çocuklardaki sıklığı bilinmemektedir<sup>1</sup>. Kronik pankreatit tanısı direkt karın grafilerinde pankreatik kalsifikasyonların görülmesi karakteristik karın ağrısına eşlik eden

## Kutlu ve ark

artmış serum amilaz düzeyleri, intraoperatif veya postmortem belirgin pankreatit bulgularının saptanması, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografide tipik pankreatit bulgularının görülmesiyle konulmaktadır. Endoskopik retrograd kolesistopankreatikografi (ERCP) ise tanıda altın standart olarak kabul edilmektedir<sup>2</sup>.

Pankreas rezerv kapasitesinin genişliği, kronik pankreatitin kliniğe yansıyış biçiminin farklı olmasına yol açar. Karın ağrısı çoğunlukla ilk ve en önemli bulgudur. Ağrı tekrarlayıcı, epigastriyumda lokalize, sırta doğru yayılan, yemeklerle artma eğilimi gösteren aylar veya yıllar içerisinde tekrarlayıcı vasıftadır. Organın %85-90 fonksiyon kaybında malabsorbsiyon ve steatore gelişir ve insülinle tedavi gerektiren diyabet ortaya çıkar<sup>1</sup>.

Pankreatik asit, pankreatik kanal ruptürü yada psödokist ruptürüne sekonder gelişen nadir bir kronik pankreatit komplikasyonudur. Geriye dönük geniş hasta serilerinde asit sıklığı %3 olarak gösterilmiştir<sup>3,4</sup>. Bu nedenle çoğu zaman teşhis gecikebilir veya gözden kaçabilir<sup>5</sup>. Tanı periton içi mayide artmış amilaz düzeyi ve protein artışı ile tipik radyolojik ve ERCP bulguları ile konur<sup>3</sup>.

Ağır malnütrisyon, kilo kaybı ve asitle getirilen 7 yaşındaki erkek olguya, klinik ve laboratuvar incelemeleri sonrasında kronik pankreatit tanısı konularak, çocukluk döneminin nadir bir hastalığı olan bu durum ayırıcı tanı ve tedavi açısından tartışıldı.

### OLGU

Yedi yaşındaki erkek hasta, 30 gündür karnında şişlik şikayetiyle getirildi. Boyu ve ağırlığı yaşına göre %75 olan çocuğun fizik incelemesinde karında belirgin asit dikkati çekiyordu. Hastada organomegali, periferik ödem, veya başka bir patolojik ek bulgu saptanmadı. Özgeçmişinde geçen seneye kadar toprak yediği ve birkaç defa karın ağrısı nedeniyle götürüldüğü hekim tarafından ampirik antiparaziter tedavi verildiği bunun dışında önemli bir hastalık geçirmediği öğrenildi. Anne-baba akrabalığı ve ailevi bir hastalık tanımlanmıyordu.

Laboratuvar incelemede, mikrositer anemi (Htc:% 29.6, MCV: 60 fL, MCH: 17.9 pg/ml), lökositöz

(20800/mm<sup>3</sup>), trombositöz (572000/mm<sup>3</sup>), nötrofil hakimiyeti (%77 parçalı), artmış eritrosit çökeltme hızı (34 mm/saat), hipoalbuminemi (albümin:2.8 g/dl) dışında serum elektrolitleri, kalsiyum, fosfor, alkalen fosfataz ve karaciğer enzimleri, açlık kan şekeri, amilaz, LDH, seruloplazmin, total kolesterol, trigliserit, böbrek fonksiyonları, kanama diyatez testleri ve bilirubin değerleri normal sınırlarda idi. Günlük idrar miktarı ve idrarın biyokimyasal incelemesi normaldi. Ayakta direkt batın grafisinde distansiyon ve diyaframlarda yukarı itilme haricinde patoloji yoktu. Karın ultrasonografisinde karaciğer, vena porta ve dalları, hepatik venler ile ilgili normal bulgular saptanırken, orta hattaki organlara ait yeterli bilgi alınamadı.

Hastayı rahatlatmak ve tanı amacıyla parasentez yapılarak, 1 litre kirli sarı ve bulanık periton sıvısı drene edildi. Sıvının protein konsantrasyonu 3.5 g/dl, pH: 7.0, lökosit sayısı 2400/mm<sup>3</sup> (%74 nötrofil), sitolojik incelemede enflamatuvar yanıt saptanarak eksuda özelliğindeki asite yönelik diüretik tedavisi başlandı. Total protein ve albümin düzeyleri çok düşük olan hastaya insan albümini verildi, tuzsuz diyet ve yatak istirahati uygulandı. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve Doppler ultrasonografide patoloji saptanmayan hastada tüberküloza yönelik araştırmalarda; PPD negatif, akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi, açlık mide suyunda ve peritoneal sıvıda direk boyamaya aside drençli bakteri saptanmadı; Lowenstein besiyeri ekimlerinde üreme olmadı; PCR sonuçları da negatif bulundu. Hepatit işaretleri ile Salmonella-Brusella aglütinasyon testleri negatifti.

Hastanın klinikteki izlemi sürerken, hastayı uykudan uyandıracak şiddette 48 saat devam eden epigastrik karın ağrısı gözlemlendi. Bu sırada asit ve serum sıvısındaki amilaz değerleri normalin üzerinde (sırasıyla 1450 U/L ve 661 U/L) bulundu. Klinik ve laboratuvar bulguları pankreatit düşündürülen olguda geriye dönük hikayesi tekrar sorgulandığında 3 ay önce eşekten düşmeye bağlı künt karın travması ve bunu takiben ara ara hafif şiddette ağrıların olduğu öğrenildi. Dinamik pankreas BT'si ve yinelenen karın ultrasonografisinde batında yaygın sıvı dışında pankreasa yönelik pozitif bir bulgu izlenmedi. Yaşına uygun duodenoskop olmadığı için hastaya Endoskopik Retrograd

## Nadir bir asit nedeni: kronik pankreatit

Kolesistopankreatikografi (ERCP) girişimi uygulanamadı.

Hastanın yapılan medikal tedaviye rağmen genel durumunun giderek bozulması, ağrı ataklarının şiddetlenmesi, asit sıvısının sürekli artması ve peritonit bulgularının olması üzerine Çocuk Cerrahisi tarafından uygulanan laparoskopide yeterli görüntü elde edilemedi. Bunun üzerine laparotomiye geçilerek 3000 ml eksudatif karakterde serbest sıvı aspire edildi. Eksplozasyonda tüm barsaklar frajil ve yer yer psödomembranlarla kaplı, retroperiton ödemliydi. Mezenter üzerinde bazı sahalarda küçük kalsifikasyon odakları izlendi. Patolojinin pankreatite bağlı olduğu düşünüldü. Diren konularak karın kapatıldı ve serbest drenaja alındı. Dokuz gün süreyle total parenteral beslenme ve geniş spektrumlu antibiyotik uygulandı. Hastanın genel durumu hızlı bir düzelmeye göstererek karın ağrısı kayboldu ve karın çevresi tedricen küçüldü. Kronik pankreatit etiyojisine yönelik olarak gaitada parazit, parathormon, alfa-1 antitripsin düzeyi ve ter testi normal bulundu. Hastanın diyeti az yağlı sık ve az öğünler olacak şekilde düzenlendi. Her öğünde 30000 USP ünitesi lipaz içeren pankreas enzim preparatları eklendi. Total protein, albümin değerlerinde yükselme izlenen hastada yatışının 58. gününde asiti kayboldu. Postoperatif malnütrisyon tedavisi uygulanan hastada ağırlık artışı başladı. Hasta kronik pankreatitin geç komplikasyonları yönünden değerlendirilerek diyabet yönünden takip edilmek üzere poliklinik kontrolüne alındı. İzlemine 2 ay devam edilen genel durumu iyi, ağrısız, asitsiz ve laboratuvar bulguları normal olan hastanın kontrollere gelmemesi nedeniyle daha sonraki takipleri yapılmadı.

### TARTIŞMA

Genel olarak akut pankreatitte yol açan her olay pankreasta stenoz veya strüktüre neden olarak kronik pankreatite de yol açabilir. Klinik olarak önemli olmayan sırt ve karın travmaları da pankreatik hasar yaparak kronik pankreatite neden olabilir. Bu olgularda enflamasyon ve psödokiste daha sık rastlanmaktadır<sup>6,7</sup>. Asit çoğu zaman pankreasın akut veya kronik enflamasyonun ilk belirtisi olarak ortaya çıkar. Pankreatik kanalın yada psödokistin ruptürüne bağlı olarak enzimden zengin pankreas salgısının

periton içine kaçmasına sekonder gelişen şimik peritonitin asit gelişiminden sorumlu olduğu gösterilmiştir<sup>3,8</sup>. Kronik pankreatitte asit görülme sıklığı %1'in altındadır<sup>9</sup>. Serum amilaz düzeyleri hastalığın geç dönemlerinde ve ataklar arasında normal hatta düşük olabilir. Parasentez sıvısında pankreas enzimleri ve protein düzeylerindeki artış tanı koydurucudur<sup>3,10</sup>. Ancak bazen batın içi adenokarsinom hadiselerine sekonder asit sıvısında amilaz seviyelerinin artabileceği akıld tutulmalıdır<sup>11</sup>.

Teşhis dekompanze siroz, tüberküloz ve peritonitis karsinomatoza ile çok karışır. Kanama diyatezlerinin normal olması, karaciğer enzimlerinin normal olması ile kronik karaciğer hastalığı; serolojik, mikrobiyolojik ve deri testi ile tüberküloz; sitolojik inceleme ile malignite dışlanan hastada ilk başta serum amilaz düzeyleri ve radyolojik görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcı olmadı. Klinikte takibi esnasında tipik karın ağrılarının başlaması nedeniyle yinelenen serum ve asit amilaz düzeylerinin yüksek bulunması bize kronik pankreatit düşündürdü.

Kronik pankreatit etiyojisi bakımından yapılan araştırmalarda kistik fibrozis, hiperparatroidi, hiperlipidemi düşündürecek bir veri gösterilemedi. Aile öyküsünün olmaması ve coğrafi konum itibarıyla endemik bir bölgede bulunmamamız nedeniyle ailevi pankreatit ve tropikal pankreatit olasılığı düşünülmedi. Diğer nedenlerden uzaklaşılacak vakamızda kronik pankreatitin muhtemel nedeninin travma olabileceği düşünüldü.

Genellikle künt travmalar ve karın üst kısmına rastlayan travmalar pankreasın hafif ödeminden transeksiyona kadar değişen yaralanmalara neden olabilir. Trafik kazalarının artması olayın önemini arttırmıştır. Herhangi bir nedenle karının üst kısmına darbe almış bir kişide şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusmanın hemen veya bir müddet sonra ortaya çıkması diğer organ patolojileri yanında pankreatiti de hatırlatmalıdır. Leppaniemi ve arkadaşlarının<sup>12</sup> 47 vakalık travmatik pankreatit serisinde 43 olgunun akut pankreatit tablosu ile getirilirken 4 vakanın kronik bulgular ile getirildiği rapor edilmiştir. Bizim hastamız kronik bulgularla getirilen gruba uymaktadır.

## Kutlu ve ark

Düşük yağlı diyet ve enzim takviyesi ataklar arasında uygulanan destek tedavileridir. Ancak bu tedavinin atak sıklığı üzerinde bir etkisi yoktur. Kronik pankreatitte klasik cerrahi tedavi endiksasyonları peripankreatik apse ve psödokist gelişimi ve tıbbi tedavi ile dindirilemeyen ağrılardır. İki-üç haftalık bir tıbbi tedavi ve gözlem süresi içerisinde ağızdan yeterince alamayan hastalar total parenteral beslenmeye alınır. Pankreatik sekresyonu baskılamak için octreotide kullanılır. Duktus, oddi sfinkteri darlık veya tıkanıklıklarında endoskopik papillotomi ve stent yerleştirmek gerekebilir. Bu tedavi ile vakaların üçte birinde spontan düzelme izlenir Travmatik akut pankreatitli hastalarda pankreasta yaygın kesi ve yırtık gibi lezyonlar olabileceğinden vakaların çoğu erken cerrahi girişime ihtiyaç gösterir<sup>9</sup>. Bazı vakalarda tek başına abdominal parasentez veya tanı amaçlı laparotomi esnasında yapılan periton lavajı ile kür sağlanabilir. Bununla birlikte vakaların yaklaşık %50'si cerrahi müdahale ile drenaj ameliyatlarına ihtiyaç gösterir<sup>10</sup>. Bizim hastamızda kliniğin kötüye gitmesi nedeniyle teşhis ve tedavi amaçlı laparotomi yapılarak periton lavajı ve serbest drenaj yapılan hasta cerrahi yaklaşımdan fayda gördü.

Sonuç olarak karında asit ile gelen vakalarda pankreatik asit yönünden karına künt travma, ilaç alımı, kistik fibrozis sorgulanmalı; parasentez sıvısında amilaz incelemesi unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Rossi RL, Valderrama RL, Watkins GS. Chronic pancreatitis. In: Conn D, Rossi RL, Valderrama RL, Watkins GS, eds. Conn's Current Therapy. Philadelphia: WB Saunders 1998: 510-3.
2. Doğancı T, Kansu A, Girgin N, ve ark. Kronik pankreatit ve pankreatik asit. T Klin Pediatri 1998;7:138-41.
3. Mann SK, Mann NS. Pancreatic ascites. Am J Gastroenterol 1979;71:186-92.
4. Fernandez CL, Margarona E, Liovera J, et al. Pancreatic ascites. Hepatogastroenterology 1993;40:150-4.
5. Gertsch P, Marquis C, Diserens H, et al. Chronic pancreatic pleural effusions and ascites. Int Surg 1984;69:145-7.
6. Forbes A, Leung JVC, Cotton PB. Relapsing acute and chronic pancreatitis. Arch Dis Child 1984;59:927-34.
7. Lankisch PG. Pancreas. In: Haubrich WS, Schaffer F, Berle JE, eds. Bockus Textbook of Gastroenterology. Philadelphia: WB Saunders Comp 1995:2942-50.
8. Marinchini A, Ciambra M, Patti R, et al. Ascites, pleural and pericardial effusion in pancreatitis. Dig Dis Sci 1996;41:848-52.
9. Owyang C, Levitt M. Chronic Pancreatitis. In: Yamada T, Alpers TH, Owyang CH, Powell DW, Silverstein FE eds. Textbook of Gastroenterology Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Comp 1991:1859-71.
10. Geffroy Y, Colin R, Testar J, et al. Massive ascites in pancreatitis. Review apropos of 10 personal cases. Sem Hop 1975;51:927-34.
11. Saugier B, Emonot A, Plauchu M, et al. Effusions rich in amylase without pancreatitis, 14 cases. Nouv Presse Med 1976;5:2777-80.
12. Leppaniemi A, Haaplainen R, Kiviluoto T, et al. Pancreatic trauma: acute and late manifestations. Br J Surg 1988;75:165-7.