AKUT PANKREATİT

Doç. Dr. Adnan Giral

Tanı Kriterleri:

- Karın ağrısı
- Amilaz yüksekliği (genellikle > Nx3, pankreatik izoenzim daha duyarlıdır)
- Lipaz yüksekliği (özellikle geç gelen hastada tanısal önemi vardır)
- ALT >150 IU/dL ise biliyer pankreatit olasılığı yüksektir.

Klinik bulgular:

Karın ağrısı epigastrik, sağ üst kadran veya diffüz yerleşimli olabilir ve günler sürebilir. Çoğunlukla bulantı ve kusma da eşlik eder. Olguların yarısında kemer tarzı yayılan bir ağrıdır. Atakların çoğu hafiftir, şiddetine göre ateş, taşikardi, taşipne tabloya eşlik eder ve en şiddetli olgularda organ yetmezlikleri sonucu şok ve koma gelişebilir.

Gerekli tetkikler

Amilaz, lipaz, hemogram, Na, K, kreatinin, arteriyel kan gazı ve PA toraks ve ayakta tüm karın grafisi.

Tedavi:

Sıvı replasmanı

Eğer kardiak durum uygun ise 250-300 mL/saat sıvı infüzyonu ilk 48 saat süresince verilmelidir. Yetersiz hidrasyon (ilk 24 saatte devam eden hemotokrit yüksekliği, azalan idrar çıkışı ile belli olur) pankreatik nekroz ve diğer komplikasyonlara neden olur.

Pulmoner destek

O_2 satürasyonu takip edilmeli ve % 95 seviyesinin altına inmeyecek biçimde desteklenmelidir. Satürasyon bu seviyenin altına düşer veya klinik durum gerektirir ise arteriyel kan gazı analizi yapılmalıdır. Yatağa bağımlı olan hastada derin ventrombozu proflaksisi amacı ile intermitant pnömonik kompresyon antikoagülasyona tercih edilmelidir.

Ağrı tedavisi

Çoğunlukla dominant semptomdur ve i.v opiat türevlerini gerektirir. Pethidine tercih edilen ajandır, ama yüksek doz gerektiren hastalarda fentanyl daha uygun olabilir. Her iki ajan da solunum depresyonu yapabilir ve Ca kanal veya beta blokerleri ile şiddetli hipotansiyon oluşturabilirler.

Antibiyotik tedavisi

Eğer ağır nekrotizan pankreatit (pankreasın %30'dan fazlasını tutan nekroz) var ise imipenem veya meropenem ile en az 1 hafta süre ile infeksiyon proflaksisi uygulanır. Nekrotizan pankreatit daha hafif ise (<%30) sadece destek tedavileri ile gidilir.

Beslenme

Hafif pankreatit hastaları kısa süre için sadece sıvı desteği ile takip edilebilir ve besleme desteği gerekmez. Ancak ağır pankreatit hastalarında beslenme desteği gerekir ve enteral yol tercih edilmelidir. Radyolojik veya endoskopik olarak yerleştirilen nazojejunal tüp ile enteral elementer veya yarıelementer diet verilir. Ancak bu şartlar 23 gün içinde sağlanamaz ise total parentera beslenmeye geçilmelidir.

Komplikasyonlar:

Sıvı desteği yetersiz olur ise pankreatik nekroz gelişebilir, mevcut nekroz da artabilir. Yine hipoperfüzyon akut tübüler nekroza neden olarak renal fonksiyonları bozar. Koledok taşı veya pankreasın baş kısmının ödemine bağlı koledok obstüksiyonuna bağlı olarak sarılık ve kolanjit gelişebilir. Bu durum acil ERCP gerektirir. Herhangi bir hastada nekroz infeksiyonu düşünülür ise mikrobiolojik değerlendirme için CT klavuzluğunda nekroz örneklemesi yapılır. Hastanın pulmoner, renal veya kardiovasküler stabilitesi bozulur ise ve minimal invaziv veya açık cerrahi ile nekrozektomi yapılır.

Takip ve Sonuç:

- Başvuruda, 12. ve 24. saatlerde hematokrit ile hemokonsantrasyon takip edilmelidir. Başvuruda >%44 ve 24 saat içinde bunda azalma olmaması nekrotizan pankreatit ve organ yetmezliği habercisidir
- APACHE II skorlaması ile ilk 48 saatte azalıyor ise hafif, artıyor ise ağır pankreatit habercisidir. Ağır pankreatit (skor >8) yoğun bakımda takip edilmelidir.
- CRP, 48. saatte >150 mg/L ise ağır pankreatit gelişmiş olabilir
- Abdominal CT, ilk 48-72 saat içinde ve hastanın klinik bulguları gerilemez ise çekilir. Oral kontrast kullanılmalıdır, eğer renal fonksiyonlarda bozulma yok ise i.v kontrast ile çekilebilir. Kontrastlı MRI alternatif tetkiktir.
- Kolanjit gelişmiş ise acil (24 saat içinde), taşa bağlı koledok tıkanması olasılığı çok yüksek ise erken (72 saat içinde) ERCP gerekir.

Kaynaklar:

1- Yadav, D, Agarwal, N, Pitchumoni, CS. A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2002; 97:1309.

2- Swaroop, VS, Chari, ST, Clain, JE. Severe acute pancreatitis. JAMA 2004; 291:2865.

3- Forsmark, CE, Baillie, J. AGA Institute Technical Review on Acute Pancreatitis. Gastroenterology 2007; 132:2022.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ