

# Çocukluk Çağında Ender Görülen Bir Karın Ağrısı Nedeni: Akut Pankreatit

İhsan Kafadar\*, Seda Ocak\*\*, Emel Aytaç\*\*

\*S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği, \*\*S.B. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği

## ÖZET

Çocukluk çağında karın ağrısı çok sık karşılaşılan yakınmalardan biri olup etyolojisinde bir çok hastalık ayırıcı tanıda düşünülmektedir. Akut pankreatit de gerek erişkinde gerekse çocukluk çağında önemli akut karın ağrısı nedenlerinden biridir. Ancak çocukluk çağında görülme sıklığının diğer nedenlere göre göreceli olarak daha az olması nedeniyle önemli bir mortalite nedeni olabilecek olan akut pankreatit ayırıcı tanıda geri planda yer alabilmektedir. Akut karın ağrısı nedeniyle farklı sağlık kuruluşlarında farklı tanılar düşünülen ve akut pankreatit tanısı alan olgu, çocukluk çağında akut pankreatit kliniğine ve tanısına vurgu yapmak amacı ile sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** karın ağrısı, pankreatit

## SUMMARY

### *A Rare Cause of Abdominal Pain in Childhood: Acute Pancreatitis*

During childhood, abdominal pain is a frequently encountered symptom, there are several diseases that should be considered in differential diagnosis. Acute pancreatitis is also an important cause of acute abdominal pain in both adulthood and in childhood. Because it is less likely to occur during childhood, acute pancreatitis, which is an important cause of mortality, can be overlooked in differential diagnosis. This patient who was thought to have different diseases in different health centers, was eventually diagnosed as acute pancreatitis and presented as a case to emphasize the clinic and diagnosis of acute pancreatitis.

**Key words:** abdominal pain, pancreatitis

## GİRİŞ ve AMAÇ

Akut pankreatit karın ağrısının önemli morbidite ve mortalite nedenlerindedir. Ancak akut pankreatitin klinik özellikleri birçok akut hastalık tablosuyla karışabileceğinden tanı koymak güç olabilmektedir. Çocuklarda akut pankreatit erişkinlere göre daha da ender görülen bir hastalık olup karın ağrıları etyolojisinde ilk planda düşünülmemektedir. Karın ağrısı nedeni ile başvurduğu sağlık kuruluşlarında gerek fizik muayene bulguları gerekse anamnezi göz önüne alınarak farklı tanılar almış olan, kliniğimizde ise akut pankreatit tanısı konan kız hastayı çocukluk çağında ender görülen bir akut karın ağrısı nedeni olan akut pankreatite dikkat çekmek amacı ile sunuyoruz. Ayrıca bu olgu nedeniyle özellikle vurgulamak istediğimiz bir diğer nokta; karın ağrısının sık nedeni olan hastalıklar için aile anamnezi veya özgeçmişli yüklü olsa bile bir olgunun her yakınmasında tekrar yeniden dikkatlice değerlendirilmesinin gerekliliğidir.

## OLGU

On beş yaşında kız hasta, ailesi tarafından iki gündür olan ve şiddeti giderek artan tekrarlayıcı karın ağrısı ve kusma yakınmalarıyla çocuk acil servisine getirildi. Hastanın özgeçmişinde 2 yıl önce böbrek taşı düşürdüğü, ara ara geçirdiği idrar yolu infeksiyonları nedeniyle tedavi aldığı ve ayrıca davranış bozukluğu nedeniyle depresyon tedavisi gördüğü tespit edildi. Hastanın soygeçmişinde ise annede gastrit ve dedesinde de üriner taş öyküsü olduğu öğrenildi. Hastanın anamnezinde iki günden beri karın ağrısı olduğu, bu yakınmalarla bir gün önce başvurduğu bir klinikte idrar yollarında kum döktüğü ifade edildiği ve bunun için tedavi verildiği öğrenildi. Hastanın kliniğimize başvurduğu günün sabahında yine şiddetli karın ağrısı nedeniyle başvurduğu bir başka klinikte üriner infeksiyon tanısı alıp buna yönelik tedavi aldığı tespit edildi. Hastanın aynı gün içinde yine aynı yakınmalarla başvurduğu başka bir merkezde de ağrısının

**Alındığı Tarih:** 27.01.2013

**Kabul Tarihi:** 19.05.2014

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. İhsan Kafadar, S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 34377-Şişli-İstanbul

**e-posta:** drkafadar@yahoo.com

psikojenik olduğu düşünülüp plasebo kas içi serum fizyolojik tedavisi uygulandığı, ancak yanıt vermediği öğrenildi. Hasta karın ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurduğunda yapılan fizik muayenesinde; hastanın genel durumu orta düşküdü, turgor tonus azalmıştı ve hasta dehidrate görünümdeydi. Ağrısının şiddeti değişken, bıçak saplanır gibi kıvrandırıcı ve öne eğilmekle azalır tarzdaydı. Batında özellikle epigastrik bölgede ve lomber bölgede hassasiyet vardı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu yoktu. Laboratuvar bulgularında; lökositozu vardı ve amilaz değeri 2138 U/L, lipaz değeri 4947 U/L olarak yüksek saptandı. Batın USG pankreatit ile uyumlu görüldü. Hasta akut pankreatit tanısı ile yatırılarak tedavi edildi.

## TARTIŞMA

Son yıllarda karın ağrısı ile başvuran çocuklarda pankreatit ayırıcı tanısının daha fazla dikkate alınması, tanınan olanakların artması ve pankreatite eğilim yaratan sistemik hastalıkların daha iyi anlaşılması nedeniyle akut pankreatit tanısı konan hastaların sıklığı da artmıştır. Ancak buna rağmen erişkinlerde akut pankreatit sıklığı 30-50/100000 olup, çocuklarda erişkinlerdeki kadar sık görülmemektedir<sup>(1-3)</sup>. Bu nedenledir ki çocukluk çağında akut pankreatit tanısı acil hekimliğinde sık düşünülen tanılardan olmayabilmektedir.

Erişkinlerde akut pankreatit etiolojisinin başında safra taşı ve alkol olmasına karşın çocuklarda etiolojisi çok daha fazla çeşitlilik göstermektedir. Pankreatite en sık sistemik hastalıklar neden olurken, pankreatit olgularının % 22 kadarında ise altta yatan bir neden bulunamaz. İdiyopatik pankreatit olarak adlandırılan bu olguların bulguları ise tipik olarak yineler. Özellikle küçük çocuklarda travma akut pankreatitin önemli bir nedeni olmaya devam etmektedir. İlaçlar (azatiopurin, L-asparaginaz, furosemid vb.), metabolik hastalıklar (diyabetik ketoasidoz, hipertrigliseridemi,

hiperkalsemi vb.), infeksiyöz hastalıklar (Hepatit A, CMV, Varicella, Rotavirus, Kabakulak vb.) ve herediter hastalıklar da diğer akut pankreatit nedenlerindedir (Tablo 1)<sup>(4,5)</sup>. Olgumuzun bilinen bir sistemik hastalığı ve ilaç kullanımı öyküsü acil birimimize başvurusunda tespit edilemedi.

Akut pankreatitin tanısı ani başlayan karın ağrısı ile birlikte serum amilaz ve lipaz düzeylerinin normalin üst sınırının en az üç katı artışına dayanır<sup>(6-8)</sup>. Ancak klinik ve radyolojik olarak akut pankreatit düşünülen olguların % 20'sinde serum amilaz ve lipaz düzeyleri normal bulunmaktadır. Bu testlerin klinik duyarlılığı iyi olmakla birlikte özgünlüğü yeteri kadar yüksek değildir<sup>(9)</sup>. Abdominal USG ve pankreasın bilgisayarlı tomografisi pankreatitin gösterilmesi, şiddetinin ve komplikasyonlarının ayırt edilmesinde esas olarak kullanılan yöntemlerdir. Son zamanlarda endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP), magnetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) ve endoskopik ultrasonografi çocuklarda akut pankreatitte kullanılmaktadır<sup>(10,11)</sup>. Olgumuzda da etiolojiye yönelik olarak MRCP yapıldı ancak patolojik bulguya rastlanmadı. Akut pankreatitin en sık komplikasyonu psödokist oluşumudur<sup>(12)</sup>. Olgumuzda da hastalığının ikinci haftasında bu komplikasyon açısından çekilen bilgisayarlı batın tomografisinde psödokiste literatürle uyumlu olarak rastlandı.

Akut pankreatit yaşamı tehdit edici bir durum olmasına rağmen çocuklarda ölüm erişkinlerdeki kadar sık değildir. Erken ölümlerin nedenleri şok ve respiratuar yetmezlikken, yaşamı tehdit eden geç komplikasyonları genellikle infekte pankreatik nekroz ve çoklu organ yetmezliği ile ilişkilidir. Pankreatik nekroz çocuklarda ender görülmektedir<sup>(6,13)</sup>. 2002 yılında Debanto ve ark.<sup>(7)</sup> erişkinlerde akut pankreatit prognozunu belirlemede kullanılan Ranson ve Glasgow kriterlerini geliştirerek çocuklara uyarlamışlardır. Bu kriterlere göre hasta tanı

**Tablo 1. Yaş gruplarına göre çocuklarda karın ağrısı nedenleri.**

Sütçocuğu	Çocukluk dönemi	Adölesan
Kolik	Gastroenterit	Ovulasyon
İnvaginasyon	Apandisit	Pelvik inflamatuvar hastalık
Nekrotizan enterokolit	Pankreatit	Testis torsiyonu
Hirschsprung	Henoch Schönlein Purpurası	İnflamatuvar barsak h.
Volvulus	Hemolitik üremik sendrom	Biliyer hastalık
İnkarsere inguinal herni	Peptik ülser	Ektopik gebelik
Perforasyon	Konstipasyon	
	Üriner infeksiyon	
	Fonksiyonel karın ağrısı	

anında ve ilk 48 saatte değerlendirilmektedir (Tablo 2). Bu kriterler tanı anında; <7 yaş, <23 kg, lökosit sayısı  $18.5 \times 10^6/L$ , LDH >2000 IU/L olması ve ilk 48 saatte kan Ca düzeyi <8.3 mg/dl, albümin <2.6 g/dl, sıvı sekestrasyonu >75 ml/kg/48 saat, BUN'da yükselme 5 mg/dl olması şeklindedir. Her kriterin varlığına bir puan verilerek değerlendirilmekte ve 0-2 puan % 8.6 ciddi akut pankreatit ve % 1.4 ölüm, 3-4 puan % 38.5 ciddi akut pankreatit ve % 5.8 ölüm, 5-7 puan % 80 ciddi akut pankreatit ve % 10 ölüm riski taşımaktadır. Olgumuz da bu kriterlere göre düşük risk grubunda olarak değerlendirildi. Hastamız düşük risk grubunda olmasına rağmen şiddetli karın ağrıları klinik tabloya hakim olan durumdu. Ayrıca pankreatit etiyolojisinde yer alan temel patolojinin de prognoz açısından değer taşıdığı bilinmektedir. Örneğin hemolitik üremik sendrom, Reye sendromu ya da sepsis zemininde gelişen pankreatitte mortalite daha yüksektir. Olgumuzda etiyolojiye yönelik olarak gönderilen trigliserid düzeyleri, viral seroloj, Mycoplasma IgM, Kabakulak IgM, Rubeola IgM ve otoimmün antikorlardan ANA, ASMA, Anti LKM, AMA düzeyleri normal saptandı. Bütün bu bulguların ışığında olgumuzu idiyopatik akut pankreatit olarak değerlendirdik.

**Tablo 2. Modifiye ranson kriterleri (De Banto JR) (7) (1:puan).**

Tanı anında	İlk 48 saatte
<7 yaş <sup>1</sup>	Ca düzeyi <8.3 mg/dl <sup>1</sup>
<23 kg <sup>1</sup>	Albümin <2.6 g/dl <sup>1</sup>
Lökosit >18.5 x 10 <sup>6</sup> /L <sup>1</sup>	Sıvı sekestrasyonu >75 ml/kg/48 sa <sup>1</sup>
LDH >2000 iu/L <sup>1</sup>	BUN da yükselme 5 mg/dl <sup>1</sup>

  

Puan	Ciddi akut pankreatit (%)	Mortalite (%)
0-2	8.6	1.4
3-4	38.5	5.8
5-7	80	10

Akut pankreatit tedavisi esas olarak destekleyici tedavidir. İntravenöz hidrasyonun sağlanması, ağrı kontrolü ve nutrisyonel destek ile metabolik dengenin düzeltilmesine yöneliktir (6). Ağrının kontrolünde meperidin 1-2 mg/kg intramusküler ya da intravenöz yoldan kullanılır. Ayrıca opioidler, prokain infüzyonu, epidural blokaj gerekebilir (14). Sekonder infeksiyon söz konusu olmadıkça, komplikasyonsuz akut olgularda rutin antibiyotik kullanımının yararı yoktur (15). Olguların çoğu konservatif yaklaşımla 3-4 gün içinde düzeldi. İzlediğimiz olguda psödokist geliştiğinden biz hastamıza destekleyici tedavinin yanında antibiyoterapi de uyguladık.

Sonuç olarak olgumuz, karın ağrısı için farklı nedenleri düşündürecek anamnez ve aile öyküsü olsa bile, çocukluk çağında da bu ender görülen ancak fatal seyirli olabilen karın ağrısı nedenini yani akut pankreatiti de etyolojide düşünmek gerektiğini vurgulamak için iyi bir örnektir.

## KAYNAKLAR

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci SA, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's Manual of Medicine. New-York: McGraw-Hill Co, 2005: 753-756.
2. Felderbauer P, Muller C, Bulut K, et al. Pathophysiology and treatment of acute pancreatitis: new therapeutic targets a ray of hope? *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2005; 97: 342-350. [http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-7843.2005.pto\\_274.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-7843.2005.pto_274.x)
3. Werlin SL. Pancreatitis. In: Wyllie R, Hyams JS (eds). *Pediatric Gastrointestinal Disease* (2<sup>nd</sup> ed), Philadelphia: W.B. Saunders, 1999: 681-684.
4. Lowe ME, Whitcomb DC. Acute and chronic pancreatitis. In: Walker WA, Goulet O, Kleinman RE, Sherman PM, Shneider BL, Sanderson IR (eds). *Pediatric Gastrointestinal disease* (4<sup>th</sup> ed), Vol 2. Ontario: BC Decker, 2004; 2: 1584-1597.
5. Öztürk Y. Çocukluk çağında akut pankreatitler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2007; 50: 146-53.
6. Werlin SL, Kugathasan S, Frautschy BC. Pancreatitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37: 591-595. <http://dx.doi.org/10.1097/00005176-200311000-00017>
7. DeBanto JR, Goday PS, Pedrosa MR, et al. Acute pancreatitis in children. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1726-1731. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.05833.x>
8. Lopez MJ. The changing incidence of acute pancreatitis in children: a single-institution perspective. *J Pediatr* 2003; 140: 622-624. <http://dx.doi.org/10.1067/mpd.2002.123880>
9. Clavien PA, Robert J, Meyer P, et al. Acute pancreatitis and normoamylasemia. Not uncommon combination. *Ann Surg* 1989; 210: 614-620. <http://dx.doi.org/10.1097/0000658-198911000-00008>
10. Parker BR. The pancreas. In: Kuhn JP, Slovis TL, Haller JO (eds). *Caffey's pediatric diagnostic imaging*. Mosby, Philadelphia, 2004: 1527-1538.
11. Roseau G, Palazzo L, Damontier I, et al. Endoscopic ultrasonography in the evaluation of pediatric digestive disease: preliminary results. *Endoscopy* 1998; 30: 477-481. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-1001311>
12. Benifla M, Weizman Z. Acute pancreatitis in childhood. *J Clin Gastroenterol* 2003; 37: 169-172. <http://dx.doi.org/10.1097/00004836-200308000-00015>
13. Silva VA. Thrombotic thrombocytopenic purpura/ hemolytic uremic syndrome secondary to pancreatitis. *Am J Hematol* 1995; 50: 53-56. <http://dx.doi.org/10.1002/ajh.2830500111>
14. Lerner A, Branski D, Leenthal E. Pancreatic disease in children. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43: 125-156. [http://dx.doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70400-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70400-4)
15. Lowe ME, Whitcomb DC. Acute and chronic pancreatitis. In: Walker WA, Goulet O, Kleinman RE, Sherman PM, Shneider BL, Sanderson IR (eds). *Pediatric Gastrointestinal disease* (4<sup>th</sup> ed), Vol 2. Ontario: BC Decker, 2004; 2: 1584-1597.