

5.2. Akut Pankreatit

Dr. İsmail Erkan AYDIN

Vaka Örneği

Çalıştığınız acil servise 69 yaşında kadın hasta 3 saat önce başlayan karın ağrısı, nefes darlığı ve bulantı-kusma şikayeti ile başvuruyor. Hasta, özgeçmişinde herhangi bir özellik belirtmiyor. Vital bulgularında Nabız: 117 atım/dk Kan basıncı: 130/80 mmHg Vücut sıcaklığı: 36,5° C Solunum sayısı: 19/dk SO₂: %93 Fizik muayenede, şuur açık, koopere-oryante. Akciğer seslerinde bilateral bazallerde krepitan ral mevcut. Hastanın sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyeti mevcut, rebound-defans saptanmıyor. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde WBC (beyaz küre): 13.000/mm³, hemogloblin: 13,3 g/dL, hematokrit: % 39,8, üre: 130 mg/dL, kreatinin: 1,7 mg/dL AST: 350 IU/L, amilaz: 700 IU/L, lipaz: 1100 IU/L, LDH: 550 IU/L olarak saptanıyor.

Hastanın tanısı nedir? HAPS ve BISAP skoru kaçtır? Bundan sonraki yönetimi nasıl olmalıdır?

Genel bilgiler

Akut pankreatit (AP), enzimatik oto-yıkım ve inflamatuvar kaskadın pankreas dokusunu tahribatı ile sonuçlandığı inflamatuvar bir durumdur. Kliniği, hafif ve sınırlı hastalıktan sepsis ve çoklu organ yetmezliğine kadar değişebilir. Tekrarlayan akut pankreatit atakları, kronik pankreatit olarak bilinen pankreasın morfolojik ve fonksiyonel değişikliklerine sebep olabilir (1). Akut pankreatite bağlı genel mortalite % 4- 10'dur, ancak ciddi vakalarda mortalite % 30'a kadar yükselebilir (2). Akut pankreatitin mortalite oranı hastalığı erken tanıma, uygun tedavi gibi etkenlerle azalmış olmasına rağmen yıllık insidansı ve hastane yatış sayıları artmaktadır (3). Akut pankreatit insidansı dünya genelinde her 100.000 kişide 4.9 - 73.4 vaka olarak saptanmaktadır (4). Akut pankreatitin en sık sebepleri safra taşları (%40 - %70) ve kronik alkol tüketimidir (%25 - %35). Daha az

görülen nedenler içerisinde; enfeksiyonlar, hipertrigliseridemi (>1000 mg/dL), hiperkalsemi, tümörler, genetik enzim defektleri ve pankreas anomalileri sayılabilir (5).

AP'in iki evresi şu şekilde tanımlanmıştır:

1. Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) ve / veya organ yetmezliği ile karakterize olan erken faz (1 hafta içinde);
2. Lokal komplikasyonlarla karakterize olan geç faz (> 1 hafta).

Hastalık şiddetinin belirlenmesinde organ yetmezliği en önemli belirleyicidir. Revize Atlanta Sınıflaması (2012) ile tanımlanan lokal komplikasyonlar; interstisyel veya nekrotizan pankreatit ve bunların kapsül içinde olup olmadığına göre sınıflandırılır (6). Lokal komplikasyonlar peripankreatik kolleksiyonlar, pankreatik ve peripankreatik nekroz (steril veya enfekte), psödo-kist ve duvarlı nekroz (steril veya enfekte) olarak

Vaka Tartışma:

Hastanın mevcut ağrısının niteliği ve lipaz değerinin üst sınırının 3 katından fazla olması akut pankreatit tanısını koydurur. BISAP skorunu hesaplayabilmemiz için üre değerini BUN'a çevirmemiz gerekir. $130/2,14 = 60,7$ mg/dL olarak saptanır. 1 puan buradan almaktadır. Nabız ve WBC sayısından 2 SIRS kriterini karşılayan hasta buradan da 1 puan almaktadır. Yaş ve muayenedeki muhtemel plevral efüzyondan ise 1'er puan alan hastanın BISAP skoru 4 olarak hesaplanır. Bu da hastanın mortalitesini %20'ye yakın bir değerde yüksek olarak öngörmemizi sağlar. HAPS hesaplamasında ise peritonit bulgusu olmayan ve kreatinin 2 mg/dL'den büyük olmayan hasta hematokrit değerinden 1 puan alır ve yoğun bakım ihtiyacı açısından takibe alınmalıdır. Hastaya agresif IV kristaloit tedavisi başlanır. Proflaktik antibiyotik başlanmaz ancak hastanın batin ve akciğer görüntülemelerinde ek bir enfektif odak mevcutsa antibiyotik düşünülür. Hasta hastaneye yatırılır ve yoğun bakım ihtiyacı açısından takibe alınır.

bir doğruluk oranına sahip olduğu saptanmıştır (15). HAPS ile ilgili yapılan başka bir çalışmada ise HAPS'in sensitivitesi düşük olmasına rağmen, hafif pankreatit için %97 spesifitesi ve %98 pozitif prediktif değer saptanmıştır. Bu sayede acil servis hekimlerinin yoğun bakım gerektirmeyen hastaları hızlı bir şekilde tanınmasına olanak sağlar (11).

Kırmızı bayraklar

- ☞ Revize Atlanta sınıflaması, Ranson kriterleri ve Glasgow-Imrie skoru 48 saatlik takip sonrası hesaplanabileceği için acil serviste kullanılması zordur.
- ☞ HAPS acil servis hekimlerinin yoğun bakım gerektirmeyen hastaları hızlı bir şekilde tanınmasına olanak sağlar.
- ☞ BISAP skoru, acil serviste akut pankreatit şiddetini öngörmek için basit ve başvurunun ilk gününde elde edilen parametrelere dayanan avantajlı bir yöntemdir.
- ☞ Bu skorlamaların hiçbiri hastanın acil serviste yoğun bakım ihtiyacını, organ yetmezliğini ve mortalitesini öngörmeye tek başına yeterli değildir. Hastanın genel durumu, komorbiditesi ve skorlamada yer almayan değişkenler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Walls RM, Marx JA, Hockberger RS, Adams J, Rosen P. Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice 9th edition. Emergency Medicine. 2017. 1104-1109 p.
2. Roberts SE, Thorne K, Evans PA, Akbari A, Samuel DG, Williams JG. Mortality following acute pancreatitis: social deprivation, hospital size and time of admission: record linkage study. BMC Gastroenterol. 2014;
3. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2013;
4. Yadav D, Lowenfels AB. Trends in the epidemiology of the first attack of acute pancreatitis: A systematic review. Pancreas. 2006.
5. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. Gastroenterology. 2013.
6. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;
7. Busquets J, Fabregat J, Pelaez N, Millan M, Secanella L, Garcia-Borobia F, et al. Factors influencing mortality in patients undergoing surgery for acute pancreatitis: Importance of peripancreatic tissue and fluid infection. Pancreas. 2013;
8. Ranson JH, Rifkind KM, Roses DF, Fink SD, Eng K, Spencer FC. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. Surg Gynecol Obstet. 1974;
9. Wu BU, Johannes RS, Sun X, Tabak Y, Conwell DL, Banks PA. The early prediction of mortality in acute

- pancreatitis: A large population-based study. *Gut*. 2008;
10. Blamey SL, Imrie CW, O'Neill J, Gilmour WH, Carter DC. Prognostic factors in acute pancreatitis. *Gut*. 1984;
 11. Lankisch PG, Weber-Dany B, Hebel K, Maisonneuve P, Lowenfels AB. The Harmless Acute Pancreatitis Score: A Clinical Algorithm for Rapid Initial Stratification of Nonsevere Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;
 12. Papachristou GI, Muddana V, Yadav D, Oconnell M, Sanders MK, Slivka A, et al. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI scores in predicting organ failure, complications, and mortality in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2010;
 13. Khanna AK, Meher S, Prakash S, Tiwary SK, Singh U, Srivastava A, et al. Comparison of Ranson, Glasgow, MOSS, SIRS, BISAP, APACHE-II, CTSI Scores, IL-6, CRP, and procalcitonin in predicting severity, organ failure, pancreatic necrosis, and mortality in acute pancreatitis. *HPB Surg*. 2013;
 14. Gompertz M, Fernández L, Lara I, Miranda JP, Mancilla C, Berger Z. [Bedside index for severity in acute pancreatitis (BISAP) score as predictor of clinical outcome in acute pancreatitis: retrospective review of 128 patients]. *Rev Med Chil*. 2012;
 15. Mounzer R, Langmead CJ, Wu BU, Evans AC, Bishehsari F, Muddana V, et al. Comparison of existing clinical scoring systems to predict persistent organ failure in patients with acute pancreatitis. *Gastroenterology*. 2012;