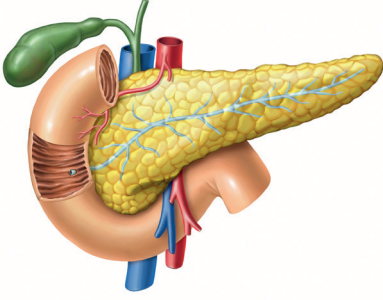


BÖLÜM 16



AKUT PANKREATİT KOMPLİKASYONLARI VE TEDAVİSİ

Ayşe KEFELİ¹

GİRİŞ

Akut pankreatit, 7-10 vakadan birinden ölümcül seyredebilen ciddi bir inflamatuvar hadisedir. Hastalar başvuru anında ve özellikle 72. Saatte değerlendirilerek prognoz tayini yapılmalıdır. Hastalığın şiddetine göre normal yataklı serviste ya da yoğun bakım servisine alınarak takip ve tedavisi yapılmalıdır.

Şiddetine göre akut pankreatit hafif, orta ve şiddetli pankreatit olarak ayrılır (Tablo 1). Hafif pankreatitte organ yetersizliği gelişmez ve sıklıkla normal yataklı serviste tedavisi tamamlanarak taburcu edilebilir. Ciddi akut pankreatit, organ yetersizliği ve sistemik komplikasyonlar giden oldukça mortal seyreden tipidir (1).

Tablo 1. Akut Pankreatit Atlanta şiddet sınıflaması

Hafif şiddetli akut pankreatit	Organ yetersizliği bulguları yok
Orta şiddetli akut pankreatit	48 saatte iyileşen organ yetersizliği bulguları
Şiddetli akut pankreatit	48 saatten uzun süren organ yetersizliği bulguları

Organ yetersizliği tespiti Modifiye Marshall Skorlaması ile yapılır (Tablo 2).

Akut Pankreatitte vakaların %20-30'unda lokal ya da sistemik komplikasyonlar gelişir. Bu komplikasyonlar tablo 3'de özetlenmiştir.

LOKAL KOMPLİKASYONLAR

Peripankreatik Sıvı Toplanması

Akut interstisyel ödematöz pankreatitte sıklıkla erken pankreatik döneminde pankreas çevresinde biriken sıvıdır. İyi sınırlıdır ancak herhangi duvar yapısı yoktur. Homojen ekodadır, çoklu olabilir. Vakaların %40-60'nda görülür ve %90 drenaj gerekmeden kendiliğinden geriler. Sıklıkla 4 hafta içinde kaybolması beklenir ve herhangi tedavi gerektirmez (2).

Pankreatik Psödokist

Psödokist, granülatöz veya fibröz dokudan meydana gelen ve epiteli bulunmayan bir duvarla çevrili, iyi sınırlı, inflamatuvar bir kapsüllü, sıklıkla pankreas dışında yer alan sıvı koleksiyonudur. Peripankreatik sıvınının 4-6 hafta sonra kapsüle olmuş halidir. Yuvarlak, oval, içerisinden nekrotizan doku bulunmayan, sıklıkla pankreas kanalı ilişkili kistik yapıdır. Akut pankreatiti sırasında pankreas kanalı bütünlüğünün bozulması sonucu ortaya çıkar. Tüm akut pankreatiti hastalarının %5.1 ile 16'sında görülür(3).

¹ Doç. Dr., Tokat Gop Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, aysekefeli@hotmail.com

Ayrıca akut pankreatitte hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesi azalmıştır. Aktive olan lesitinaz alveolleri hasarlandırır.

PaO₂ 60 mmHg'nın altına düştüğünde ARDS düşünülmelidir ve pozitif basınçlı oksijen desteği verilmelidir. Yanıtsız hastalarda entübasyon düşünülür (11).

Renal komplikasyonlar

Akut pankreatitte %20 oranında akut böbrek hasarı, proteinüri, oligüri gelişir. Sıklıkla bunun nedeni hiperkoagülobilite nedeniyle oluşan trombuslar ve renal kan akımındaki azalmadır.

Renal komplikasyonlar günlük kreatin düzeyi bakılarak takip edilir. Kreatin değeri yükseliyorsa IV sıvı tedavisi artırılır bu rağmen idrar çıkışında artma, kreatin değerinde azama olmuyorsa dopamin infüzyonu başlanır. Saatlik idrar çıkışı 30ml'nin altında kalıyorsa mannitol eşliğinde diüretik tedavisi verilir. Halen kreatin değerleri düzelmeyorsa periton diyalizi ya da hemodiyaliz uygulanır (1).

Kardiyovasküler Komplikasyonlar

Aktifleşmiş kininler vazodilatasyon ve permeabilite artışına neden olurlar. Ayrıca intravasküler volumun batın içine deplasmanı, renin anjiyotensin sisteminin aktivasyonu, inflme pankreastan salınan sitokinlerin myokarda toksik etkisi ile kalp yetersizliği ve hipotansiyon gelişebilir. Sıvı replasmanın arırlmasına rağmen tansiyon yükselmeyorsa dopamin infüzyonu başlanır. Eğer bu tedavilere rağmen düzelmeyorsa toksik maddelerin uzaklaştırılması için periton lavajı yapılır. Yine yanıt alınmazsa cerrahi nekrozektomi yapılır (1).

Metabolik Komplikasyonlar

Hiperglisemi: Başlangıçta hastaların çoğunda hiperglisemi gelişebilir. Kan şekeri 300 mg/dl'yi aşmadıkça başlangıçta müdahale edilmemelidir. Eğer yükseklik devam ediyorsa insülin infüzyon

tedavisi verilir. Hipoglisemiye eğilim olacağı akılda tutulmalı ve sıkı kan şekeri takibi yapılmalıdır.

Hipokalsemi: Proein düzeyi de düşebileceğinden iyonize kalsiyum düzeyi hesaplanmalıdır. Gerçek kalsiyum düzeyi 8 mg/dl'nin altına düştüğünde IV kalsiyum tedavisi verilir. Kalsiyum tedavisine rağmen kalsiyum düzeyi yükselmiyor ve hipokalsemi belirtileri devam ediyorsa hipomagnezemi ya da asidoz açısından değerlendirilmelidir. Hipomagnezemi düzelmeden hipokalsemi düzelmeyecektir (1).

SONUÇ

Akut Pankreatit morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Hasta hastalığının şiddetine göre yataklı serviste ya da yoğun bakım servisinde taki edilmelidir. Yatarak tedavisi sırasında gelişebilecek lokal ya da sistemik komplikasyonlar yönünden yakın takip edilmelidir. Akut pankreatit sırasında gelişebilecek lokal komplikasyonlar peripankreatik sıvı toplanması, psödokist, pankreatik nekroz, duvarlanmış nekroz, mide çıkış darlığı, duodenum obsrüksiyonu, intestinal fistülizasyon, trombuslardır. Sistemik komplikasyonlar ise mevcut hastalıkların şiddetlenmesi, respratuvar, kardiyak, renal yetersizlikler, ARDS, sepsis, çoklu organ yetersizliğidir.

KAYNAKLAR

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut 2013; 62:102.).
2. Lenhart DK, Balthazar EJ. MDCT of acute mild (nonnecrotizing) pancreatitis: abdominal complications and fate of fluid collections. AJR Am J Roentgenol 2008; 190:643.).
3. Cui ML, Kim KH, Kim HG, et al. Incidence, risk factors and clinical course of pancreatic fluid collections in acute pancreatitis. Dig Dis Sci 2014; 59:1055.

4. Andrén-Sandberg A, Dervenis C. Pancreatic pseudocysts in the 21st century. Part II: natural history. *JOP* 2004; 5:64.
5. Alali A, Mosko J, May G, Teshima C. Endoscopic Ultrasound-Guided Management of Pancreatic Fluid Collections: Update and Review of the Literature. *Clin Endosc* 2017; 50:117
6. Agalianos C, Passas I, Sideris I, et al. Review of management options for pancreatic pseudocysts. *Transl Gastroenterol Hepatol* 2018; 3:18
7. Chen J, Fukami N, Li Z. Endoscopic approach to pancreatic pseudocyst, abscess and necrosis: Review on recent progress. *Digestive endoscopy*. 2021;24:299-308
8. Chandrasekhara V, Elhanafi S, Storm AC, et al. Predicting the Need for Step-Up Therapy After EUS-Guided Drainage of Pancreatic Fluid Collections With Lumen-Apposing Metal Stents. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2021; 19:2192.
9. van Brunschot S, van Grinsven J, van Santvoort HC, et al. Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial. *Lancet* 2018; 391:51.
10. Bang JY, Arnoletti JP, Holt BA, et al. An Endoscopic Transluminal Approach, Compared With Minimally Invasive Surgery, Reduces Complications and Costs for Patients With Necrotizing Pancreatitis. *Gastroenterology* 2019; 156:1027
11. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2013; 13:e1.
12. De Waele JJ, De Laet I, Kirkpatrick AW, Hoste E. Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. *Am J Kidney Dis* 2011; 57:159