

# Akut Böbrek Yetmezliği Tablosunda Bilier Pankreatit Olgusu

Uz. Dr. Eren Gürkan, Uz. Dr. Ahmet Akın, Uz. Dr. Hasan Kılıç

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi  
2.İç Hastalıkları Kliniği

Ast. Dr. Özgür Keşkek, Ast. Dr. Teslime Ayaz

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi  
2.İç Hastalıkları Kliniği

Doç. Dr. Birsnel Kavaklı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi  
2.İç Hastalıkları Kliniği, Klinik Şefi

## Özet

Bilier pankreatit ileri yaşta ve kadınlarda sık görülür; safra yolları hastalıkları ve taşlarına bağlı olarak pankreas bezinin iltihaplanması sonucu oluşan bir hastalıktır.

Pankreastaki olayın seyrine bağlı olarak çok farklı klinik tablo ile karşılaşılabilmekte, bazen ölümlü sonuçlanan vakalar olabilmektedir. Hastalığın tanısında birçok laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri kullanılmakla beraber bu tetkiklerin sıkı takip ve sık kontrolleri yapılmalıdır. Neticede dikkatli takip edilip tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Bizim olgumuzda, bilier pankreatite bağlı hipovolemi sonucu gelişen akut böbrek yetersizliği bulunan 69 yaşında bir erkek hastayı sunmaya çalıştık.

**Anahtar Kelimeler:** Bilier pankreatit, hipovolemi, akut böbrek yetersizliği

## Summary

Biliary pancreatitis is a common disease of elders and older women presenting with inflammation of pancreas gland due to bile stones and bile ducts disorders. According to pancreatic pathology, many different clinic presentation may occur even leading to death. A great number of laboratory and imaging techniques are used in diagnosis. But these procedures should be performed and controlled frequently in clinical suspicion. Finally the patient must be treated and followed up with great importance.

In our case, we presented a 69 years old

man with hypovolemia related acute renal failure as a result of biliary pancreatitis.

**Key Words:** Biliary pancreatitis, hypovolemia, acute renal failure

## Giriş

Farklı etiyolojik nedenlerle pankreas bezinin iltihaplanmasına akut pankreatit denir. Pankreasta bulunan proteolitik ve lipolitik enzimlerin, bu organ içinde aktive olmasıyla nekroz ve vasküler hasar oluşur. Hafif bir klinikle seyreden olgular yanında şiddetli seyredip ölümlere de yol açabilen önemli bir hastalıktır. Acil polikliniğine hipovolemik şok tablosunda başvuran ve buna bağlı akut böbrek yetmezliği gelişmiş bilier pankreatit olgusu nedeniyle literatür gözden geçirilmiştir.

Bazı olguların gözden kaçması nedeniyle gerçek sıklığını bulmak güçtür. Ülkemizde pankreatit sıklığını yansıtan güvenilir istatistikler yoktur. ABD'de 100.000'de 5-11 olarak bildirilmektedir. Hemen her yaşta görülebilirse de en sık 6. 7. dekada görülür. En sık görülen sebeplerinden; alkolik pankreatit erkeklerde ve daha genç yaşlarda (ortalama 40 yaş), safra yolları hastalıklarına ve taşlarına bağlı pankreatit ise daha çok kadınlarda ve daha ileri yaşta (ortalama 50 yaş) görülür.<sup>1</sup> Bu olgu örneğinde safra ve pankreas kanalında obstrüksiyona neden olan safra taşı orijinli pankreatit tablosu ele alınmıştır.

## Klinik

Pankreastaki olayın şiddeti ve yaygınlığıyla orantılı olarak klinik tablo farklı özellikler gösterebilir. Ağrı, vakaların hemen hepsinde görülen en önemli belirtidir; epigastriuma lokalize olup, kuşak tarzında yanlara ve bele yayılma gösterir. Genelde şiddetli ve süreklidir; bazen kolik tarzında özellik gösterebilir. Şiddetli olgularda ağrı kesicilere

cevap vermez ve uzun süre devam eder. Hafif olgularda ise kusma ve antiyasit alınımı ile geçici düzelme olur, bu olgularda tanı gözden kaçır. Hastaların hemen hepsinde ağrı ile birlikte bulantı-kusma vardır. Mide-leri tamamen boşaldığı halde bulantı-kusma refleksi devam eder, antiemetiklere cevap vermez. Karında şişkinlik ve gerginlik hissi ortaya çıkar. Barsak hareketleri azalır gaz-gaita çıkışı çok azalır veya durur. Doku hasarına bağlı ateş görülebilir, ağır seyirli vakalarda, çarpıntı, soğuk terleme, nabızda hızlanma, tansiyonda düşme ile şok tablosu ortaya çıkar. Bazen hızla ölüme neden olabilir.

Hastaların %25 kadarında ikter görülebilir. Bu safra yolu hastalıklarında ve safra taşına bağlı akut pankreatit vakalarında daha sıktır. Genelde ikter hafif veya orta şiddettedir, obstrüktif özelliktedir. Hastaların %30'u kadarında akciğer bozuklukları (pnömoni, plörezi, atelektazi vb.) görülebilir.

## Olgu

B.A, 69 yaşında, erkek, İstanbul'da oturmakta ve serbest meslek sahibi idi. Acil polikliniğimize şok tablosunda getirilen hastamızın yapılan fiziksel muayenesinde: genel durum kötü, şuur açık, koopere, tansiyon: 70/40 mmHg, nabız: 110/dk zayıf idi. Baş-Boyun muayenesinde ikter dikkat çekiyordu. Dil kuru, soğuk, terli ve halsizlik dikkat çekiyordu. Kardiyovasküler: taşikardik, ek ses ve süflü yoktu. Solunum sistemi: sol akciğer bazalde solunum sesleri alınamıyordu. Batın muayenesinde: karın distandü, barsak sesleri azalmıştı. Yaygın timpatizm mevcut, organomegali yoktu. Epigastrium aşırı hassas ve sırta vuran ağrıdan şikayetçiydi. Ekstremiteler soluk ve soğuktu. Ödem: -/-. Cilt nemli, turgör ve tonüsü azalmıştı. Bir gün öncesinde, özel bir hastaneye göbek üzerinde şiddetli ağrı ile başvurmuştu. Müşahade-

de giderek tansiyonunun düşmesi ve ağrısının geçmemesi üzerine devlet hastanesine sevk edilmişti. Oradaki takip ve tedavi sonrası hastamıza PPI (Lansoprazol 30 mg) verilerek, dahiliye polikliniğine müracaatı önerilmişti. Özgeçmişinde; son birkaç yıldır bulantı-kusma, karın ağrısı ve sarılık atağı mevcuttu. Bu şikayetleri sırasında yapılan tetkiklerde önemli bir şey bulunamadığını ve safra çamuru var dendiğini ifade ediyordu. Bu ataklar sırasında sarılığının ve kliniğinin kendiliğinden düzeldiğini öğrendik. Alkol kullanımı yoktu. Sigara içiyordu, eski hipertansif bir hastaydı. Soy geçmişinde özellik yoktu.

### Laboratuvar

Tam kan sayımı; BK: 20900/mm<sup>3</sup>, Htc: %43, Hb: 15 grams/dl, PLT: 109000/mm<sup>3</sup>, KŞ: 99 mg/dl, BUN: 54.6 mg/dl, Kreatinin: 4.1 mg/dl, Na+: 130 mEq/L, K+:3.3 mEq/L, Ca: 6.2 mg/dl, ALT: 320 U/L, AST: 360 U/L, ALP: 590 U/L, GGT: 580 U/L, T.Bil: 8.15 mg/dl, D.Bil: 7 mg/dl, Amilaz: 280 U/L, TİT: Bil: +, Pro: +, Üro: N, 3-4 Lökosit ve 1-2 granüller silendir mevcuttu. Dansite: 1020, pH: 5 idi.

### USG

Safra kesesinde multipl taş vardı, intra ve ekstrahepatik safra yolları geniş, koledok proksimalde 10 mm, distalde 15 mm idi, pankreas başında 15 mm'lik hipoekoik alan içinde 4 mm'lik ekojen bulgu, distal koledok taşı olarak değerlendirildi. Pankreas ekosu normal, peripankreatik alanlar açık, batın içinde serbest sıvı yoktu. Prostat 28 cc doğal görünümde, böbrekler ve toplayıcı sistem normal idi. Dalak ve karaciğer normal idi.

### Telegrafi

KTİ artmış, aort topuzu belirgin, sol plevral efüzyon mevcut idi.

### Ayakta Direkt Batın Grafisi

2 adet kolonik hava-sıvı seviyesi mevcuttu.

### EKG

Sinüs taşikardisi, D1-AVL'de simetrik T (-) liği mevcuttu. Akut koroner olaya ait bulgu yoktu.

Acil polikliniğine şok tablosunda başvuran hastamız sırtüstü yatırılarak, üzeri bir battaniye ile örtüldü. Nasal katater ile 8 lt/dk gidecek şekilde O<sub>2</sub> verildi. Dispne ve siyanozu olmaması üzerine ilk planda kan gazı alınması düşünülmüdü. Kliniğine dayanarak volüm arttırıcı mayi ile damar yolu açıldı. Hastanın hipotansiyonu, dehidratasyonu, bulantı-kusması mevcuttu. Bu belirti ve bulgularla hipovolemik şok düşünüldü. Bu amaçla bir taraftan volüm replasmanı yapılırken diğer taraftan kan basıncını yükseltmek amacıyla dopamin perfüzyonuna başlandı. Sonda takıldı ve 100 cc kadar idrar çıkışı gözlemlendi. Monitörize edildi. Genel cerrahi tarafından hasta başında yapılan konsültasyonda akut batına ait patoloji düşünülmüdü ve hastamızın hemodinamisi düzelince rekonsültasyonu önerildi. Şok tedavisi sırasında hastada 12 saatlik idrar çıkışı yaklaşık 4 lt mayi verilmesine ve TA: 90/70 mmHg'a kadar çıkarılmasına rağmen 150 cc olarak gerçekleşti. Bunun üzerine hastamızda oligoanürik dönemde akut böbrek yetmezliği düşünüldü ve buna yönelik olarak Dopamin dozu önce 4 mgr/kg/dk daha sonra da 2,5 mgr/kg/dk 'ya inildi. Hastamızın hidrasyonu ve kusması, hemodinamisi düzelmesine rağmen idrara çıkışı düzelmemişti. Bunun üzerine Furosemid amp saat başı 1 amp (20 mg) olarak uygulandı. 3. saatin sonunda hasta yaklaşık 250 cc kadar idrar çıkarmaya başlayınca, düzenli aralıklarla 100 mg kadar Furosemid amp yapıldı. Dopamin böbrek dozunda devam edilerek hastanın bir yandan açığı yerine konulurken diğer yandan da sebep izah

edilmeye çalışıldı. 2. gün hastanın kliniği daha iyi idi. BUN: 69.6 mg/dl, kreatinin: 3.8 mg/dl idi. Elektrolit replasmanı sonuç vermiş ve sorun kalmamıştı. Hastamızın ikteri kendiliğinden çözülmüş ve yatak başı yapılan USC'de intra ve ekstrahepatik kolestaz çözülmüştü. Koledoktaki taşa bağlı obstruksiyon spontan çözülmüştü. Fakat taşlı kese hali sürmekteydi. 3. gün yapılan laboratuvar kontrolünde amilaz: 414 U/L, idrar amilazı: 353 U/L, BUN: 80 mg/dl, Kre.: 4.9 mg/dl, Na: 122 mEq/L, K: 3.5 mEq/L, AST: 170 U/L, ALT: 280 U/L, T.Bil: 1.2 mg/dl, D.Bil: 0.9 mg/dl, ALP: 446 U/L, BK: 6800/mm<sup>3</sup>, Htc: %45, Hb: 14 grams/dl, PLT: 280000/mm<sup>3</sup> idi. Bu tablo kolestazın çözüldüğünü fakat böbrek sorununu devam ettiğini gösteriyordu. Hasta tipik bir ABY kliniğini safha safha yaşıyordu. 3-7 gün arasında idrar miktarı her geçen gün artıyordu. 7. günde 4 lt kadarken, 8. günde 9 lt, 9. ve 10. günlerde 12 lt kadar idrar çıkarmaya başlamıştı. Buna karşın hastanın BUN ve kreatinininde, kliniğinde, iştahında süratle düzelme başladı. Örn: 9. günde BUN: 20 mg/dl, kreatinin: 1.4 mg/dl, olmuştu. Na+: 133 mEq/L, K+: 3.7 mEq/L idi. Hastamıza günlük çıkardığından 500 cc fazla sıvı verilerek Na, K, TA, Nb'ye dikkat edilerek 4 gün izlendi. Klinik ve laboratuvar bulgularının düzelmiş olması da göz önünde tutularak çok fazla sıvı verilmesinin poliürininin devamına yol açacağını düşünülererek, hastamızın aldığı sıvı miktarı kısıtlandı. Bu amaçla hastamıza bir gün önce çıkardığı sıvının 2/3'ünden 500 cc fazla sıvı verildi. Sıvı miktarındaki kısıtlamaya hastamız olumlu yanıt verdi ve 3-4 gün içinde idrar miktarı 3 lt kadar indi. Kan biyokimyasının da normal olması üzerine, susama hissi kadar sıvı alması öğütlenerek hasta taburcu edildi.

Akut pankreatit geçiren bir hastada, bir yıl içinde pankreatit atağının tekrarlama oranı

%25'dir. Tekrarlayan pankreatit ataklarına sebep olan etken faktör, sıklıkla safra yolları hastalıkları ve taşlardır.<sup>2</sup> Bu nedenle akut pankreatit atağından 1.5 ay sonra sfinkteroplasti operasyonu uygulandı.

### Tartışma

Serum amilaz seviyesinin tespiti, akut pankreatit tanısında en değerli laboratuvar tetkikidir. Amilaz değeri akut pankreatitten 2-12 saat sonra artar ve vakaların çoğunda 3-5 gün yüksek kalır. %5-10 vaka hastalık ilerlemese ve komplikasyon gelişmese de 10 gün kadar yüksek değerini korur. Serum amilaz yüksekliği ile prognoz arasında bir paralellik yoktur. Mortalite ile sonuçlanan akut pankreatitli hastaların %10'unda serum amilaz normal bulunmuştur.<sup>3</sup> Hastamızın ölçülen ilk amilaz değeri normaldi. Hastamızın hemodinamisini dengelenmeye çalışırken diğer yandan kliniğini izah etmeye çalışıyorduk. İlk amilaz değeri normal iken 3. günde amilaz değeri yüksek olarak görülmüştü. 2. gün yapılan lipaz ölçümü normal düzeydi. Fakat mevcut klinik ve görüntüleme metotları akut pankreatiti düşündürüyordu. Serum aspartat aminotransferaz seviyeleri akut pankreatitte 15 kat yükseklebilmektedir.

Hastada alanin aminotransferaz, ALP ve GGT yüksekliğinin beraberinde olması akut pankreatit + safra yolu hastalıklarını düşündürmelidir.<sup>4</sup> Bu veriler ışığında hastamızın ALT, AST, ALP, GGT, T.Bil ve D.Bil değerleri değerlendirildiğinde hastamızın sonuçları bu bilgileri doğrulamaktaydı. Serum bilirubinlerindeki hafif artış, akut pankreatitte gözlenen bir bulgudur. Fakat hastamızda olduğu gibi serum total bilirubin düzeyinin 2.5 mg/dl'nin üzerinde olması koledokolithiasis olasılığını düşündürmekteydi.<sup>5</sup> Akut pankreatitli olgularda idrarda glikozüri, proteinüri,

silendirüri ve bilirubinüri bulunabilir.<sup>6</sup> Hastamızın idrar örneği bu bulgularla koreledir. Grafilerin de akut pankreatit tanısında yararlı oldu. Çekilen PA-AKC grafide sol plevral efüzyon tespiti, ADBG'de 2 tane hava-sıvı seviyesi (parsiyel ileus ?) tespiti gibi. USG'nin yararlı tartışmasız en fazla idi. İlk yatışında hasta başında yapılan USG'de intra ve ekstrahepatik kolestaz, safra kesesinde multipl taş tespiti ve koledok distal uçta taş tespiti bizim tanıya hızla varmamızda yardımcı oldu. İlk çekilen USG'de pankreasta özellik tespit edilmemesi buna karşın hastanın kolestaz ve kliniğinin erken düzelmesi hastamızın hafif bir pankreatit atağı (ödematöz pankreatit ?) geçirmiş olabileceği ihtimalini düşündürmektedir.<sup>7</sup> Nitekim hastamızın 6 hafta sonrası operasyon sırasında pankreasa ait komplikasyon gelişmemesi de bu kanımızı güçlendirmektedir. Operasyon sonucunda multipl taşlı kese (kronik kolesistit), koledokta USG ile tespit edilemeyen multipl kalkül tespit edilmiş, hastamıza Kolesistektomi + sfinkteroplasti operasyonu uygulanmıştır. Hastanın pankreatit ve onu oluşturan sebeplerin etkisinden en azından kliniğimize yatırılmasından 1-2 gün sonra çıkmış olmasına karşın ABY girmiş olmasını hastanın yaşına, obstrüksiyon yerine, hipertansif oluşuna ve medikal tedavisinin gecikmiş olmasına bağlıyoruz.

### Kaynaklar

1. Banks PA: *Acute Pancreatitis*. Bockus *Gastroenterology*, 5th Ed. Eds. Heubrich WS, Schaffner F. WB Saunders Comp. 1995; pp. 2918 - 2929
2. Ster ML: *Acute Pancreatitis*, *Textbook of Gastroenterology*, 1st Ed. Ed. Yamada T. 3B Lippinkott Comp. 1991; pp. 1859 - 1871
3. Steinberg WM: *Pancreatitis*, *Gastrointestinal Diseases*, *Cecil Textbook of Medicine*. Eds. Wyngaarden JB, Smith LH, Benneth LC. WB Saunders Comp. Philadelphia 1992; pp. 721 - 727
4. Gözdaşoğlu R: *Klinik Gastroenteroloji Tanı - Tedavi*. T. Hava Kurumu Basımevi; Ankara 1992; sy. 334 - 350
5. İtler T: *Akut Pankreatit'de Ultrasonografi Bulguları*, *Ege Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 28; 611 - 620, 1988
6. Lee SP, Nichols JF, Park HZ: *Biliary Sludge as a cause of acute pancreatitis*. *N Engl Med* 1992; 326: 589 - 593
7. Marshall JB: *Acute Pancreatitis*. *Arc Intern Med* 1993; 153: 1185 - 1189
8. Soergel HK: *Acute Pancreatitis*. In: *Sleisenger HM, Fordron Sj(eds)*. *Gastrointestinal Disease*. Philadelphia. WB Saunders Comp. 1993; 1628 - 1653
9. Warshaw AC, Rattner DW, Costillo CF: *Acute Pancreatitis*. *Lancet* 1993; 8869: 475 - 478.