

## SÜREKLİ AYAKTA PERİTON DİYALİZ TEDAVİSİ SIRASINDA GÖRÜLEN BİR AKUT PANKREATİT OLGUSU

### ACUTE PANCREATITIS ASSOCIATED WITH CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS

**Dr. Ali Çelik\*, Dr. Taner Çamsan\*, Dr. Şinasi Salman\*, Dr. Dinç Özaksoy\*\*  
Dr. Aykut Sifil\*, Dr. Caner Çavdar\***

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi iç Hastalıkları\* ve Radyodiagnostik\*\* Anabilim Dalları, Inciraltı/İZMİR

#### ÖZET

*Akut pankreatit sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) tedavisi sırasında ender görülen bir komplikasyondur ve SAPD hastalarında akut pankreatit tanısı güçtür. Kültür negatif peritonitlerde ayırıcı tanı da akut pankreatitde düşünülmüştür. Bu yazıda SAPD tedavisi sırasında akut pankreatit ve buna bağlı pankreatik psödokist ve obstrüksiyon bulguları gelişen 38 yaşındaki bir kadın hastaya ait veriler sunulmuş ve tartışılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler : SAPD, Pankreatit.**

#### GİRİŞ

SAPD günümüzde son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde kullanımı giderek artan bir tedavi seçeneğidir. Ancak ortaya çıkan infeksiyöz, inflamatuvar, metabolik ve mekanik komplikasyonlar bu tedavinin başarısını sınırlamaktadır. Akut pankreatit bunlardan birisidir. SAPD tedavisi sırasında, akut pankreatit, buna bağlı pankreatik psödokist ve obstrüksiyon bulguları gelişen bir hasta ender görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

#### OLGU

38 yaşında kadın hastaya, fokal segmental glomeruloskleroza bağlı kronik böbrek yetmezliği nedeniyle 9 ay önce hemodiyaliz (HD) tedavisine başlandı. Son üç aydır SAPD tedavisi almakta iken acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma yakınmasıyla başvurdu. Fizik incelemesinde; TA 90/60 mmHg, nabız 104/dk ritmik ve filiform, solunum sayısı 25/dk, axiller ateş 35<sup>o</sup> idi. Batın bombe görünümde, barsak sesleri hipoaktif

#### SUMMARY

*Acute pancreatitis is a relatively rare complication of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) treatment. Diagnosis of acute pancreatitis may be difficult. It should also be considered in cases of culture-negative peritonitis. We are presenting a 38 year old female with rarely encountered acute pancreatitis resulting in pancreatic pseudocysts and obstruction.*

**Key Words : CAPD, Pancreatitis.**

bulundu. Karın palpasyonunda bütün kadrarlarda yaygın duyarlılık saptandı. Hasta fizik inceleme ve laboratuvar incelemeleri sonucu akut pankreatit ve buna bağlı hipovolemik şok tanısı ile yoğun bakıma alındı. Destek tedavisi ile vital bulgular ve yakınmaları düzeldi. Hasla taburcu edildikten sonra kontrollerinde karın ağrısı, bulantı ve zaman zaman da kusmadan yakındı. Tetkiklerinde pankreas korusu üzerinde 7 cm çapında pankreati psödokist saptandı. Kist takibe alındı, önce spontan küçülme gözlemlendi. Ancak hastanın yakınmalarının tekrarlaması üzerine tekrar incelendi. Psödokistin yeniden 7 cm çapa ulaştığı saptandı. USG eşliğinde 250 cc kist içeriği boşaltıldı. Ancak yakınmaları tekrarladığı için kisto-gastrostomi uygulandı. Hasta yakınması olmaksızın SAPD tedavisini sürdürmekte iken tekrarlayan peritonit atakları nedeniyle hemodiyaliz programına transfer edildi daha sonrada eşinden yapılan başarılı bir böbrek transplantasyonu ile hemodiyaliz programından da çıkarıldı. Halen düzenli olarak kontrollere gidip gelmektedir.

## BULGULAR

Hastanın hemogram ve biyokimyasal bulguları; Lökosit: 26.400/mm<sup>3</sup>, Hemoglobin: 14 gr/dl, Htc: % 43.5, Trombosit 225.000/mm<sup>3</sup>, AKŞ: 159 mgr/dl, BUN: 60 mgr/dl, Kreatinin: 7.2 mgr/dl, Na: 142 mmol/L, K:4.2 mmol/L, Ca: 9.6 mgr/dl, P: 4.8 mgr/dl, Kolesterol: 112 mgr/dl, Trigliserid: 40 mgr/dl, Alkalen fosfataz: 59 IU/L, GGT: 26 IU/L, SGOT: 66 IU/L, SGPT: 261 IU/L, Serum Amilazı: 1318 IU/L olarak saptandı. Diyalizat bulguları; Lökosit: 4/mm<sup>3</sup>, Eritrosit: 20/mm<sup>3</sup>, Amilaz: 1318 IU/L, Gram boyama da bakteri ve fungus görülmedi, kültür de ise üreme olmadı. Acil batın USG'sinde; pankreas normalden büyük ve ödemli, heterojen ekopaternalde saptandı. Safra kesesi yolan ve diğer intraabdominal organlar normal bulundu. Daha sonra kontrol batın USG (Resim 1) ve BT'sinde (Resim 2) pankreas korusu üzerinde 7 cm çapında pseudokist saptandı.



Resim 1. Olguda Pseudokistin USG Görünümü



Resim 2. Olguda Pseudokistin BT Görünümü.

## TARTIŞMA

SAPD hastalarında pankreatit sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, % 2.6 sıklıkla HD ve transplantasyon grubundan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (1) SAPD hastaları pankreatit gelişimi açısından özel bir risk altındadır. Bu hastalarda periton diyaliz sıvısı foramen epiploika aracılığıyla pankreasın önyüzüne ulaşır. Bu nedenle yüksek glikoz konsantrasyonu, diyalizat, torbalar ve bağlantı sistemlerindeki toksik yan ürünler (2), asidik diyalizat (3) ve peritonitlerdeki infekte diyalizat (4) gibi değişik etkenler pankreası uyabilir. Ayrıca SAPD hastaları yüksek hipertrigliseridemi prevalansından dolayı pankreatit için ek bir risk altındadırlar (5).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve diyaliz hastalarında serum amilaz düzeyleri artmıştır. Bu nedenle pankreatit tanısı güç olabilir. Ancak bu artış genellikle normal değerlerin üst sınırını 2-3 kat aşmaz (6). Kann ağnsıyla birlikte normalin 3 katından daha fazla artmış serum amilaz düzeyi pankreatit veya diğer kann içi patolojileri düşündürür (6, 7). SAPD hastalarında periton sıvısındaki amilaz düzeyleri oldukça yüksek değerlere ulaşır (6). Bu hastalara USG ve BT pankreasın normal ya da normalden büyük, ödemli ya da pseudokist içeren görüntüsünü verebilir (2). Sunulan olguda serum ve diyalizat amilaz düzeyleri normal değerlerin 15-20 kat düzeyine ulaştı. Ayrıca hipertrigliseridemi başta olmak üzere pankreatit nedeni olabilecek bir başka neden saptanmadı. Bu nedenle SAPD işleminden kaynaklanan bir komplikasyon olarak değerlendirildi.

## KAYNAKLAR

1. Tanabe R, Nishina M, Suzik D, et al. Acute pancreatitis associated with CAPD. Abstr, 7 th Congress of the international society for peritoneal dialysis, Sweden June 18-21, p: 91,1995.
2. Coruane R, Wolfman N, Karstaedt N, et al. Pancreatitis: an important cause of abdominal symptoms in patients on peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 1986; 7(2): 135-140.
3. Rutsky E, Robards M, Van Dyke J, et al. Acute pancreatitis in patients with end-stage renal disease without transplantation. *Arch Intern Med* 1986; 146: 1741-1745.
4. Singh S, Wadhwa N. Peritonitis, pancreatitis and infected pseudocyst in a continuous ambulatory peritoneal dialysis patient. *Am J Kidney Dis* 1987; 9(1): 84-86.
5. Bargmen JM, Oreopoulos DG. Complications other than peritonitis or those related to the catheter and uremic organ dysfunction in patients receiving peritoneal dialysis. In: Nolph KD (ed), *Peritoneal Dialysis*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/London, 1990, pp: 289-318.
6. Royse VI, Jenson DM, Corwin HL. Pancreatic enzymes in chronic renal failure. *Arch Intern Med* 1987; 147(3): 537-539.
7. Johnson WJ. The digestive tract. In: Bougirdars JT, Ing. TS (eds), *Handbook of Dialysis* Little, Brown and Company, Boston/Toronto, 1988, pp: 278-293.