



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Servisi-1 (Mavi Servis) Olgu Sunumu

08.09.2023

Arş. Gör. Dr. Burak ŞANCI





OLGU

- 16yıl 2 ay, Kız hasta

YAKINMA

- Karın ağrısı, bulantı, kusma



ÖYKÜ

- 7 gün önce sabah saatlerinde şiddetli karın ağrısı başlamış. Ağrısı sırta yayılan kuşak tarzındaymış
- Ağrıya mide bulantısı ve kusma şikayeti de eşlik ediyormuş. 2 kez fışkırır tarzda kusmuş.
- Öncesindeki 1 hafta boyunca gündüzleri dışarıdan yağlı yiyecekler yemiş.
- Hasta dış merkez başvurusu sonrasında yapılan tetkiklerinde patolojiler saptanması üzerine ileri tetkik amacıyla aynı gün 112 ile hastanemiz acil servisine sevk edilmiş.



ÖZGEÇMİŞ

- Prenatal: plesenta dekolmanı
- Natal: 32+1 gh, C/S, 49 cm, 2040 gr.
- Postnatal: 1 hafta küvözde takip edilmiş, sarılık ve sağaltımı öyküsü olmamış.
- Beslenme: İlk 6 ay anne sütü (toplam 7 ay kullanmış), 6. aydan sonra ek gıda, D vitamini ve demir kullanmış.
- Aşıları: Zamanında yapılmış.
- 9 yaşından itibaren tekrarlayan karın ağrısı-kusma şikayetleri nedeniyle 4 kez hastane yatışı olmuş.
- Parazit öyküsü: 3 yıl önce ve 7 ay önce iki kez tenia seginata nedeniyle andazol kullanımı olmuş.
- Alerji: Bilinen alerji öyküsü yok.
- Düzenli kullandığı ilaç yok.

SOYGEÇMİŞ

- A: 46, sağ, astım, **kolesistektomi**
- B: 53, sağ, sağlıklı
- Akraba evliliği yok

- 1.çocuk: Kız, 20 yaşında, sağ, sağlıklı
 - 2.çocuk: hastamız
- 1 Düşük, 1 ölü doğum mevcut.

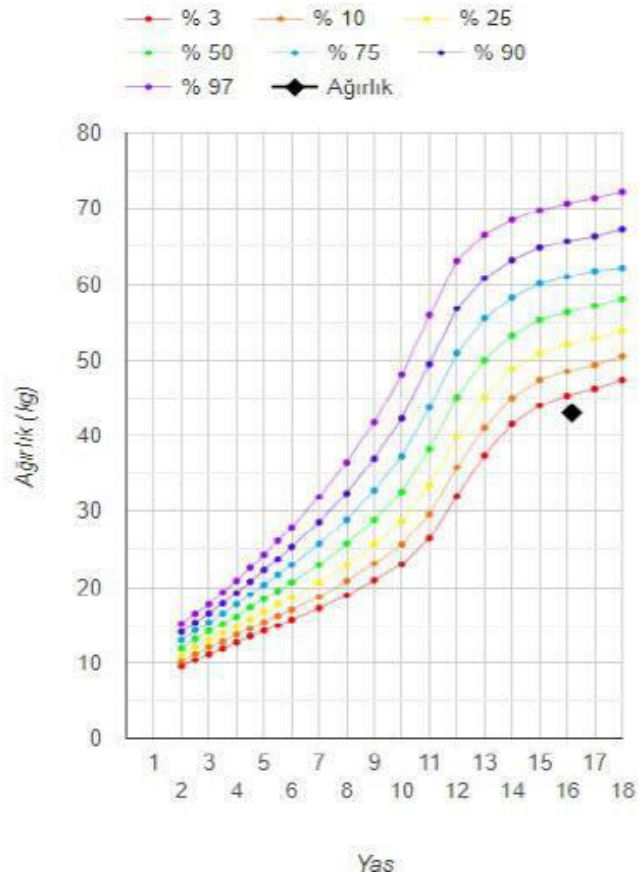


OKSOLOJİ

- Cinsiyet :Kız
- Yaş :16 Yıl 1 Ay 30 Gün (16,17 yıl)
- Ağırlık :43 kg (SDS: -2,32, Persentil: 1,02, Ağırlık Yaşı: 11,7)
- Boy :160 cm (SDS: -0,42, Persentil: 33,72, Boy Yaşı: 13,85)
- VKİ :16,8 kg/m² (SDS: -2,56, Persentil: 0,52)
- Yüzey alanı :1,35 m²
- << Neyzi verilerine göre hesaplama yapılmıştır >>

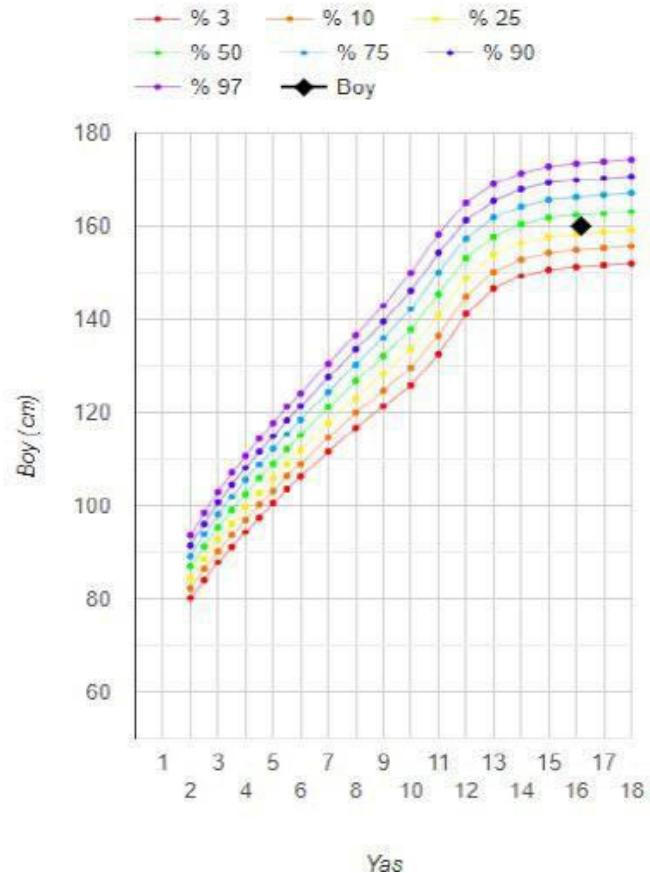
Neyzi

2-18 Yaş Kız Çocuk Ağırlık Persentil Eğrisi



Neyzi

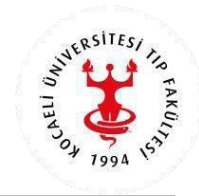
2-18 Yaş Kız Çocuk Boy Persentil Eğrisi





FİZİK MUAYENE

- Ateş: 36 C derece
- Nabız: 78/dk (58-92)
- Solunum sayısı: 24/dk (13-19)
- Tansiyon: 110/60 mmHg (50p-111/66; 95p-128/84)
- SPO2: %96 (oda havasında)



FİZİK MUAYENE

- Genel durum orta, düşkün görünümde
- Deri: Deri rengi normal, Derialtı yağ dokusu yeterli, turgor normal
- Lenf düğümleri: Lenfadenopati saptanmadı.
- Baş ve boyun: Kafa yapısı simetrik, Toplardamar dolgunluk yok.
- Gözler: Işık refleksi her iki yanlı var. Pupiller izokorik, gözlerin her yöne hareketi doğal.
- Dolaşım dizgesi: Kalp ritmi doğal, S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm duyulmadı.
- Solunum dizgesi: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Ral, ronküs ve ekspirium uzunluğu duyulmadı.
- Karın: **Bağırsak sesleri azalmış. Umblicus bölgesinde sırta yayılan hassasiyet mevcut**, defans, rebound yok. Organomegali palpe edilmedi.
- Haricen kız.
- Kas-iskelet dizgesi: Kas kitlesi ve tonusu doğal. Tırnaklar doğal. Kılcaldamar geridolum süresi <2 sn
- Sinir dizgesi: Bilinç açık. Zihinsel durumunda özellik yok. Kafa çifti sinirlerinin muayenesi doğal.



PATOLOJİK BULGULAR

- **Öyküden**
- Kuşak tarında karın ağrısı
- Bulantı
- 2 kez fişkirir tarzda kusma
- **Özgeçmişten**
- 32h+1g doğum, 1 hafta küvözde kalma
- 9 yaşından itibaren 4 kez karın ağrısı ve kusma nedeni hastane yatışı
- 3 yıl önce ve 7 ay önce tenia saginata nedeni andazol kullanımı
- **Soygeçmişten**
- Annede kolesistektomi
- **Fizik muayeneden**
- Azalmış bağırsak sesleri
- Umbilicus bölgesinde sırta yayılan hassasiyet
- Ağırlık persentil eğrisinin -2 SDS nin altında olması

ÖN TANI ?

EK TETKİKLER ?



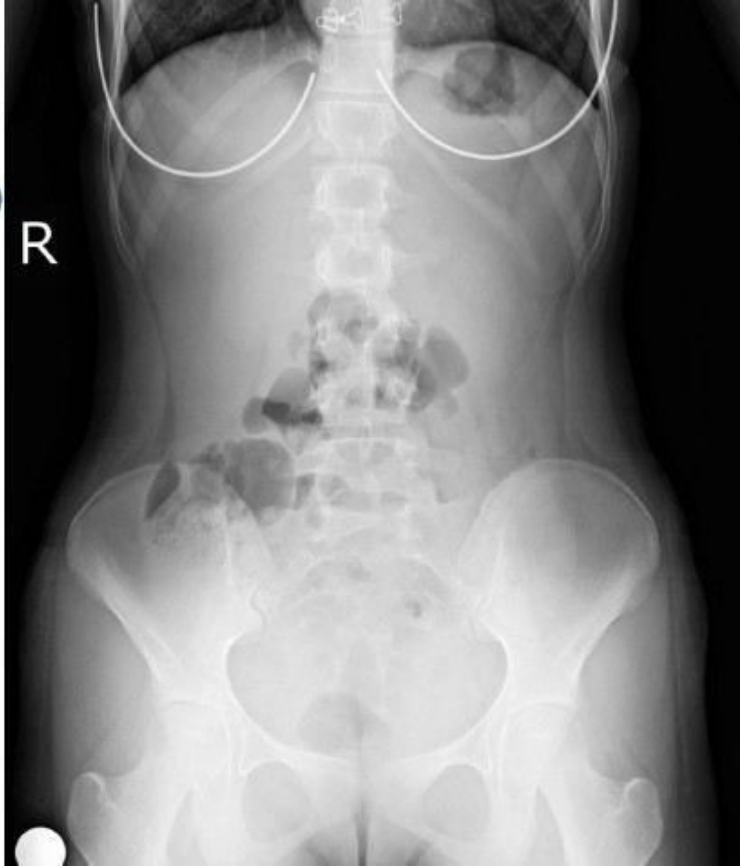
LABORATUVAR

- WBC: 10110/
- NEU: 8590/
- LYM: 920/
- MONO: 550/
- EOS: 20/
- BASO: 30/
- RBC: 4.37x10⁶/
- HGB: 13.9. g/dL
- HCT: 37.1 %
- MCV: 84.9 fL
- PLT: 190x10³/
- AKŞ: 93 mg/dL
- Kreatinin: 0.57 mg/dL
- Ürik asit: 4.5 mg/dL
- AST: 12.9 U/L
- ALT: 7.1 U/L
- **Amilaz: 1549: U/L**
- **Lipaz: 3725 U/L**
- ALP: 88 U/L
- GGT: 9 U/L
- LDH: 163 U/L
- CRP: < 0.5 mg/L
- Sedimentasyon: 3 mm/h
- Protein, total: 61.5 g/L
- Albumin: 42.5 g/L
- Globulin:19 g/L
- Düz. Na: 137.9 mmol/L
- K: 4.37 mmol/L
- Cl: 106 mmol/L
- Düz. Ca: 8.40 mg/dL
- Mg: 1.74 mg/dL
- P: 3.22 mg/dL

GÖRÜNTÜLEME



Ayakta Direk Batın Grafisi(ADBG)



PANKREATIT

Akut pankreatit: Ani başlayan karın ağrısı ve kandaki pankreas enzimlerinin yüksek seviyeleri ile karakterize, -pankreasın inflamatuvar durumudur.

Kronik pankreatit : Uyumlu semptomların varlığı veya görüntüleme veya histolojide kronik pankreatik hasar kanıtı ile birlikte pankreas ekzokrin veya endokrin yetmezliğinin varlığı ile tanımlanır.

Aynı zamanda mekanik olarak "genetik, çevresel veya diğer risk faktörleri olan ve parankimal hasar veya strese karşı kalıcı patolojik tepkiler geliştiren bireylerde pankreasın patolojik fibroinflamatuvar sendromu" olarak da tanımlanabilir.

Akut tekrarlayan pankreatit : Ağrının tamamen ortadan kalktığı veya epizotlar arasında serum pankreatik enzim düzeylerinin normale döndüğü en az iki ayrı akut pankreatit atağı olarak tanımlanır.

Akut Pankreatit

- Ani başlayan karın ağrısı ve kandaki pankreas enzimlerinin yüksek seviyeleri ile karakterize, pankreasın inflamatuvar durumudur.
- Etiyolojisinde erişkinlerde safra taşları ve kronik alkol kullanımı vakaların çoğunluğunu oluştururken, pediatrik grupta ise etyoloji çeşitlilik göstermektedir.
- En yüksek 5 neden bilier hastalıklar, ilaçlar, idiyopatik, sistemik hastalıklar ve travmadır.

Tablo 1 – Akut pankreatitin yaşlara göre etiyolojileri [51]

0 – 2 yaş	3 – 10 yaş	11 – 18 yaş
Biliyer hastalıklar (%30)	İdiyopatik (%24)	Biliyer hastalıklar (%33)
Doğuştan metabolik hastalıklar (%25)	İlaç (%22)	İlaç (%24)
Travma (%20)	Biliyer hastalıklar (%20)	İdiyopatik (%20)
Sistemik hastalıklar (%20)	Travma (%12)	Sistemik hastalıklar (%9)
İlaç (%15)	Enfeksiyöz (%11)	Travma (%6)
	Sistemik hastalıklar (%7)	Metabolik bozukluklar (%4)
	Metabolik bozukluklar (%4)	Enfeksiyöz (%4)

Akut Pankreatit

- **Tanı:** The INSPPIRE (International Study Group of Pediatric Pancreatitis: In Search for a CuRE) kriterleri

Çocuklarda akut pankreatit tanısı, aşağıdaki 3 kriterden en az 2'sinin karşılanmasıyla konur:

1. Karın ağrısı,
2. Serum lipaz veya serum amilaz düzeyi, normalin üst sınırından en az üç kat daha fazla artışı,
3. Görüntüleme yöntemleri ile AP'nin karakteristik bulgularının gösterilmesi.

- **KRONİK
PANKREATİT**

&

**AKUT TEKRARLAYAN
PANKREATİT**

KLİNİK BULGULAR

Kronik ve akut tekrarlayan pankreatitin klinik belirtileri benzerdir.

En sık görülen semptomlar arasında karın ağrısı, bulantı ve kusma ve büyüme geriliği yer alır.

Karın Ağrısı: ● Karın ağrısı, kronik pankreatitin temel özelliğidir.

- Ağrı tipik olarak epigastriktir, sıklıkla arkaya yayılır.
- Sıklıkla bulantı ve kusma ile ilişkilidir ve dik oturmak veya öne eğilmekle rahatlayabilir.

Bizim hastamızda kuşak tarzı karın ağrısı mevcuttu.

Bulantı ve kusma eşlik ediyordu.

Malabsorbsiyon: ● Kronik pankreatitli hastalarda ekzokrin pankreas fonksiyon bozukluğu nedeniyle protein ve yağın malabsorbsiyonu gelişebilir. Bununla birlikte, pankreasın ekzokrin fonksiyonunun yüzde 70 ila 90'ından fazlası kayboluncaya kadar klinik olarak anlamlı protein ve yağ eksiklikleri ortaya çıkmamaktadır.

● Yağ malabsorbsiyonunun klinik belirtileri arasında, temizlenmesi zor, gevşek, yağlı, kötü kokulu dışkılar yer alır. Bu dışkı özelliklerinin yağ malabsorbsiyonu olan hastalarda tutarlı bir şekilde bulunmadığı ve büyüme geriliğinin ana bulgu olabileceği unutulmamalıdır.

Hastamızın ağırlık persentili -2 SDS nin altındaydı.

● Yağda çözünen vitaminlerin (A, D, E, K) ve B12 vitamininin malabsorbsiyonu da meydana gelebilir, ancak klinik olarak semptomatik vitamin eksikliği nadirdir.

KLİNİK BULGULAR

- Pankreas diyabeti:** ● Kronik pankreatitli hastalarda glukoz intoleransı ile kendini gösteren endokrin pankreas yetmezliği gelişebilir.
- Kronik pankreatitin neden olduğu diyabet, pankreas diyabeti veya tip 3c diyabet olarak bilinir.
 - Birincil anormallik, tip 1 diyabete benzer şekilde insülin sekresyonunun azalmasıdır.
 - Bununla birlikte, pankreas diyabeti aynı zamanda pankreasın karşı düzenleyici mekanizmasının kaybı nedeniyle hipoglisemiye yol açan glukagon salgısının bozulmasıyla da karakterize edilir.



Hastamızda diyabet belirtileri, HbA1c, c peptid, insülin değerlerinde bulgu yok.

KLİNİK BULGULAR

Kronik ve akut tekrarlayan pankreatitin klinik belirtileri benzerdir.

En sık görülen semptomlar arasında karın ağrısı, bulantı ve kusma ve büyüme geriliği yer alır.

Karın Ağrısı: ● Karın ağrısı, kronik pankreatitin temel özelliğidir.

- Ağrı tipik olarak epigastriktir, sıklıkla arkaya yayılır.
- Sıklıkla bulantı ve kusma ile ilişkilidir ve dik oturmak veya öne eğilmekle rahatlayabilir.

Bizim hastamızda kuşak tarzı karın ağrısı mevcuttu.

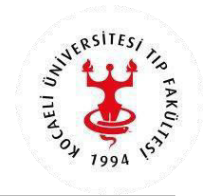
Bulantı ve kusma eşlik ediyordu.

Malabsorbsiyon: ● Kronik pankreatitli hastalarda ekzokrin pankreas fonksiyon bozukluğu nedeniyle protein ve yağın malabsorbsiyonu gelişebilir. Bununla birlikte, pankreasın ekzokrin fonksiyonunun yüzde 70 ila 90'ından fazlası kayboluncaya kadar klinik olarak anlamlı protein ve yağ eksiklikleri ortaya çıkmamaktadır.

● Yağ malabsorbsiyonunun klinik belirtileri arasında, temizlenmesi zor, gevşek, yağlı, kötü kokulu dışkılar yer alır. Bu dışkı özelliklerinin yağ malabsorbsiyonu olan hastalarda tutarlı bir şekilde bulunmadığı ve büyüme geriliğinin ana bulgu olabileceği unutulmamalıdır.

Hastamızın ağırlık persentili -2 SDS nin altındaydı.

● Yağda çözünen vitaminlerin (A, D, E, K) ve B12 vitamininin malabsorbsiyonu da meydana gelebilir, ancak klinik olarak semptomatik vitamin eksikliği nadirdir.



LABORATUVAR

- Serum amilaz ve lipaz – Karakteristik bir ağrı atağıyla birlikte birkaç kez amilaz ve/veya lipazın normalin üst sınırının en az üç katı yükselmesi, akut tekrarlayan pankreatit teşhisini destekler. Ancak lipaz ve amilaz pankreas dışındaki dokular tarafından üretilir ve yükselmeler her zaman pankreatit anlamına gelmez. Tersine, amilaz ve lipaz için normal sonuçlar, kronik veya akut tekrarlayan pankreatit tanısını dışlamaz
- Tam kan sayımı (CBC), elektrolitler, albümin, glikoz ve kalsiyum – Kronik veya akut tekrarlayan pankreatitte bu sonuçlar genellikle normaldir.
- Aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), alkalın fosfataz, gama-glutamil transferaz (GGT) ve toplam bilirubin – Bu testlerdeki yükselmeler, eşlik eden karaciğer hastalığı ve/veya safra kanalı tıkanıklığını gösterir.
- Fekal elastaz – Bu, ekzokrin pankreas yetmezliği için bir tarama testi olarak yapılır. Dışkı elastazının <100 mcg/g dışkı olması, ekzokrin pankreas yetmezliğini gösterir
- Yağda çözünen vitaminler – Yağda çözünen vitamin durumu, A vitamini, E vitamini ve 25-hidroksivitamin D düzeyleri ölçülerek değerlendirilmelidir. K vitamini yeterliliği (INR) veya protrombin zamanı (PT) ölçülerek dolaylı olarak değerlendirilir.

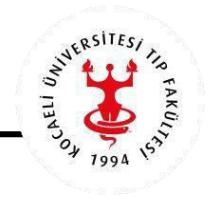
Amilaz: 1549U/L
Lipaz : 3725 U/L

GÖRÜNTÜLEME

- **Abdominal ultrasonografi:** • Temel amaç, akut pankreatit ataklarını tetikleyebilecek safra taşı gibi safra yolu patolojilerinin kanıtlarını değerlendirmektir.
- • Daha ilerlemiş hastalığı olan hastalarda, ultrason aynı zamanda psödokist ve portal veya dalak damarlarının trombozu dahil olmak üzere akut veya kronik pankreatit komplikasyonlarını da değerlendirir.
- **MR Kolanjiopankteotografi (MRCP)** – Kronik pankreatit değerlendirmesinde tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Radyasyon verilmeden pankreas ve kanallarının anatomik detaylarını sağlar.
- •Kronik pankreatit veya kronik pankreas hasarını düşündüren bulgular arasında duktal değişiklikler (kanalların düzensiz konturu, intraduktal dolum defektleri; taşlar veya dilatasyon) ve parankimal değişiklikler (fokal genişleme, düzensiz kontur. bosluklar. kalsifikasyonlar. heterojen doku) ve atrofi vardır.
- **Diğer Yöntemler:** Endoskopik USG, BT, Pankreas Biyopsisi

Pankreas: ödemli (akut pankreatit ile uyumlu)
pankreas kanalı geniş(kronik sekel), anatomik varyasyon
görülmedi.

ETİYOLOJİYE YÖNELİK İLERİ TETKİKLER

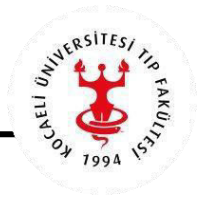


- **Genetik faktörler**
- Genetik risk faktörlerinin test edilmesi önemlidir çünkü bunlar kronik pankreatitli çocukların büyük bir kısmında bulunur.

Gen	Kromozom	Mekanizma
PRSS1	7q34	Gain-of-function (fonksiyon kazandırıcı mutasyon) tripsinin erken aktivasyonuna yol açar.
SPINK1	5q32	Loss-of-function (fonksiyon kaybı mutasyonu) tripsinin erken aktivasyonuna yol açar.
CTRC	1q36.21	Sekresyonun azalması ve/veya fonksiyon kaybı aktive olmuş tripsinin uzaklaştırılmasının azalmasına yol açar.
CFTR	7q31	Pankreas salgısının akışkanlığı ve pH'ında değişikliğe sebep olarak staz ve duktal tıkanmaya yol açar.

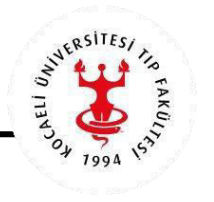
- PRSS1 – Otozomal dominant kalıtsal pankreatitli ailelerin yüzde 80'ine kadarında katyonik tripsinojeni kodlayan PRSS1 geninde (serin proteaz 1) mutasyonlar tanımlanmıştır.
- SPINK1 – Kronik pankreatit ile SPINK1 genindeki (serin proteaz inhibitörü kazal tip 1) mutasyonlar arasında daha zayıf bir ilişki vardır.
- CTRC(Kimotripsin C), erken aktifleşen tripsini ortadan kaldırarak pankreası koruyan bir enzimdir. CTRC genindeki mutasyonlar, genel popülasyonla (yüzde 1) karşılaştırıldığında kronik pankreatitli hastalarda (yüzde 12) daha yaygındır
- CFTR genindeki (kistik fibroz transmembran iletkenlik düzenleyici) mutasyonlar, kistik fibrozun ilişkili belirtileri olsun veya olmasın pankreatite neden olabilir.

ETİYOLOJİYE YÖNELİK İLERİ TETKİKLER



- **Obstruktif risk faktorleri:**
- Pankreas kanallarının tıkanması çocuklarda akut tekrarlayan pankreatit ve kronik pankreatit için en yaygın risk faktörlerinden biridir.
- Büyük bir kohort çalışmasında, kronik pankreatitli veya akut tekrarlayan pankreatitli çocukların yaklaşık yüzde 15'inde pankreas divisum bulunmuştur. Bu, genel popülasyona göre daha yüksek bir orandır.
- Manyetik rezonans kolanjiyopankreatogramda (MRCP) tıkanıklık kanıtı bulunabilir veya bundan şüphelenilebilir ancak doğrulama için endoskopik ultrason (EUS) veya endoskopik retrograd kolanjiyopankreatogram (ERCP) gerekebilir.

ETİYOLOJİYE YÖNELİK İLERİ TETKİKLER



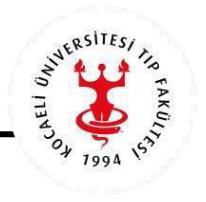
- **Toksik risk faktorleri:**

- İlaçlar – Akut pankreatit ile ilişkili ilaçlar arasında metronidazol, merkaptopurin, azatiyoprin, mesalamin, kemoterapi (özellikle L-asparaginaz), valproat ve izoniazid bulunur.

- Alkol ve tutun kullanımı – Çocuklar erken yaşlarda alkol veya tutun kullanabilirler. Anamnezi doğru alabilmek için teşvik etmek adına ebeveynleri odada olmadan ergenlere ve ergenlik öncesi çocuklara bu risk faktörleri sorulmalıdır.

- Esrar – Esrarın akut pankreatit için bir risk faktörü olabileceğine dair bazı kanıtlar vardır. Esrarın artan bulunabilirliği göz önünde bulundurulmalıdır.

ETİYOLOJİYE YÖNELİK İLERİ TETKİKLER



- **Metabolik risk faktorleri**

• **Doğuştan metabolizma hastalıkları** – Organik asitemiler pankreatit ile ilişkilidir. Çoğu durumda, etkilenen hastalar pankreatitle başvurmadan önce diğer semptomlarla veya laboratuvar anormallikleriyle tanımlanmış olacaktır.

• **Otoimmün pankreatit**- yalnızca kronik pankreatitin veya akut tekrarlayan pankreatitin klasik semptomlarıyla ortaya çıkabilir ancak özellikle aşağıdaki durumlarda şüphelenilmelidir: Otoimmün pankreatitli yetişkinlerde sıklıkla tip 1 otoimmün pankreatiti karakterize eden yüksek gama globulin (immunoglobulin G4 [IgG4]) düzeyi yüksek bulunur. Çocuklarda ise IgG4 düzeyleri genellikle normaldir ve otoimmün pankreatiti dışlamaz.

• Hastanın altta yatan bir otoimmün hastalığı, özellikle sklerozan kolanjit veya Sjogren hastalığı varsa . Otoimmün bir mekanizma oluşturulmamış olmasına rağmen, kolonu etkileyen inflamatuvar barsak hastalığı ile de bir ilişki vardır.

İZLEM VE TEDAVİ

Çocuklarda akut pankreatit alevlenmelerinin tedavisinin temel ilkeleri akut atak, kronik ataklar ya da kronik tekrarlayan ataklarda benzer ilkelere dayanmaktadır.

- **Sıvı tedavisi:** Pankreatit tablosunda sıvı replasman tedavisi için ilk seçenek olarak dekstroz içeren kristaloidlerin kullanılmasıdır. Çocuklarda ilk 24 saatte erken agresif sıvı yönetimi (IV sıvıların idame oranınının 1,5-2 katı veya daha fazlası) önerilir. Erken sıvı replasmanı hipovoleminin düzeltilmesine yardımcı olur, pankreasın perfüzyonunu artırır ve nekrozu azaltır.
- **Ağrı yönetimi:** Pediatrik AP'de özel ağrı yönetimi klavuzları mevcut olmadığından Dünya Sağlık Örgütü önerileri dikkate alınmalıdır. Hafif ağrı varlığında parasetamol ve ibuprofen tercih edilen ilaçlardır. Ağrı orta veya şiddetli olarak değerlendirilirse, güçlü bir opioid uygulaması gerekebilir.

İZLEM VE TEDAVİ

Beslenme:

- Sistemik inflamasyon varlığında dahi tolere edilebilindiğinde amilaz veya lipaz değerleri düşmesi beklenmeden oral beslenmenin başlanması önerilir.
- Yeterli oral beslenme tolere edilemiyorsa veya 72 saat içinde oral beslenme ile gerekli enerji sağlanamayacağı öngörülüyorsa, enteral tüple beslenme önerilir. Şiddetli AP'de enteral beslenmeye 48 saat içinde başlanması, 7 günden daha sonra başlanmasına kıyasla sonuçları iyileştirdiği görülmüştür.
- AP'de enteral beslenmenin sağlanmasında, nazogastrik veya nazojejunal yol arasında belirgin bir fark bulunmamış ve her iki yolla da beslenme sağlanabileceği önerilmiştir. Beslenmede elemental ve polimerik mamaların her ikisi de AP yönetiminde uygun olduğu belirtilmiştir.



İZLEM VE TEDAVİ

Antibiyotik kullanımı:

- Sistemik enfeksiyöz komplikasyonlar, kolanjit veya şüpheli enfekte pankreatik nekroz durumlarında antibiyotik tedavisi önerilir.
- Enfekte nekrotizan pankreatit için, karbapenemler, kinolonlar ve metronidazol gibi nekrotik dokuya nüfuz ettiği bilinen antibiyotikler önerilir. Bu antibiyotiklerin kullanımının cerrahi müdahaleleri geciktirdiği ve morbidite ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir.



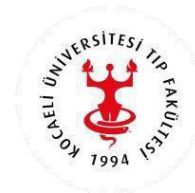
KOMPLİKASYONLAR

- Genellikle asemptomatik olan ancak ateş ve/veya epigastrik kitle ile ilişkili olabilen psodokistler. Sıvı birikiminin yeri ve boyutuna bağlı olarak psodokistler.
- Mide ve özefagus varislerine yol açabilen dalak ven trombozu. Gastrointestinal kanamaya yol açabilen arteriyel psödoanevrizma. Kronik pankreatitli 1363 yetişkin üzerinde yapılan retrospektif bir çalışmada, hastaların yüzde 12,2'sinde vasküler komplikasyonlar bulunmuştur, çocuklar için benzer veriler mevcut değildir.
- Pankreatik yetmezlik, ekzokrin veya endokrin (diyabet).
- Beslenme eksiklikleri; Kronik pankreatitli erişkinlerde tanımlanan en yaygın eksiklikler D vitamini, çinko, magnezyum, A vitamini ve E vitamini'dir. Şiddetli kronik pankreatitli çocuklarda A, E ve D vitamin eksikliklerinin olduğu gösterilmiştir.
- Daha az görülen komplikasyonlar arasında safra kanalı tıkanıklığı , duodenal tıkanma ve pankreas asiti ve plevral efüzyon



HASTAMIZIN KLİNİK SEYRİ

- Hastamız serviste sıvı desteği, ağrı yönetimi(NSAİİ), PPİ tedavisi ve oral alımı kesilerek takibe alındı.
- Takiplerinin 3. gününde kusma şikayeti gerileyince oral alıma haşlanmış gıdalarla birlikte geçildi ve hasta tolere edebildiği için oral beslenme ile takiplerine devam edildi.
- IgG 4 düzeyi, diyabetik belirteç tetkikleri istendi. Pankreasta endojen hasar açısından endokrinolojiye danışıldı.
- Hastada etyolojiye yönelik önceden yapılan metabolik tetkikler ve genetik araştırmaların sonuçları istendi. Elde edinilen sonuçlarla genetik bölümüne ve metabolizma bölümüne danışıldı. Hastanın geçmiş incelemesinde “M470V A>G polimorfizmi homozigot olarak saptandığı” tespit edildi ve genetik bölümü hastadaki etyolojinin bu polimorfizme bağlı olabileceğini belirtti.
- Yatışının 4. gününde MRCP çekildi ve “pankreas ödemli(akut atak lehine), pankreas kanalları dilate (kronik sekel lehine), anatomik varyasyon saptanmadı” olarak değerlendirildi.
- Takiplerinin 5. gününde serum amilaz düzeyi: 246 U/L lipaz: 132 U/L düzeylerine indi.
- Yatışının 6. gününde genel durumunun iyi olması üzerine beslenme önerileriyle taburculuğu yapıldı.



KAYNAKÇA

- https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-acute-pancreatitis?search=recurrent%20pankreatit&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-chronic-and-acute-recurrent-pancreatitis-in-children?search=chronic%20pancreatitis%20in%20children&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Gonska, T., *Genetic predisposition in pancreatitis*. Curr Opin Pediatr, 2018. **30**(5): p. 660-664.
- Parniczky, A., et al., *EPC/HPSG evidence-based guidelines for the management of pediatric pancreatitis*. Pancreatology, 2018. **18**(2): p. 146-160.
- Abu-El-Haija, M., et al., *Variability in Pancreatitis Care in Pediatrics: A Single Institution's Survey Report*. Pancreas, 2016. **45**(1): p. 40-5.
- Morinville VD, Husain SZ, Bai H, Barth B, Alhosh R, Durie PR, Freedman SD, Himes R, Lowe ME, Pohl J, Werlin S, Wilschanski M, Uc A; INSPPIRE Group. Definitions of pediatric pancreatitis and survey of present clinical practices. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012 Sep;55(3):261-5. Doi: 10.1097/MPG.0b013e31824f1516. Erratum in: J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013 Apr;56(4):459. Abu-Al-Haija, Maisam [corrected to Abu-El-Haija, Maisam]. PMID: 22357117; PMCID: PMC3626452.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940241/>



Dinlediğiniz için teşekkürler.