

Dispeptik Yakınmaları Olan Hiperkalsemik Hastada Pankreatik Kanalda Taş Oluşumu

The Formation of Stones in the Pancreaticduct in Hypercalcemic Patients
with Dyspeptic Symptoms
Gastroenteroloji

Başvuru: 18.11.2015
Kabul: 26.02.2016
Yayın: 26.02.2016

Halil Rakıcı¹

¹ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Özellikle uzun süre hiperkalsemik seyreden hastalarda, pankreas kanal taşları gelişebilir ve bu taşlar kronik pankreatite neden olabilir. Günlük pratikte dispeptik hastalarda, ağrı yokluğunda kronik pankreatit, ayırıcı tanıda nadiren akla gelmektedir. Tedaviye cevapsız araştırılmış dispeptik hastalarda alta yatan sebep kronik pankreatit olabilir. Bu durum çoğu zaman gözden kaçmaktadır. Önceden pankreas kanal taşlarının tespiti ile gelişebilecek olan bir pankreas yetmezliğinin önlenmesi mümkün olabilir. Pankreas enzim replasmanı dispeptik yakınmaların düzelmesini sağlayabilir. Bu yazıda, uzun süredir asemptomatik hiperkalsemik olan ve daha sonra kronik panreatit teşhisi konulan bir hastayı sunarak, kronik pankreatit hastalığının erken tanı ve tedavisinin yanı sıra bu ihtimali akla getirmenin önemini vurgulamayı amaçladık. Bu hastada ayrıca, tetkikleri sonucunda paratiroid adenoma bağlı hiperparatiroidi saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: *Kronik pankreatit, Hiperkalsemi, Hiperparatiroidi, Dispepsi*

Abstract

We are representing this case to emphasize the importances of considering the risk of chronic pancreatitis in a patient with long term asymptomatic hypercalcemia and its early diagnosis, treatment. The patient is also diagnosed with hyperparathyroidism associated with parathyroid adenoma. Especially in cases of long term hypercalcemia pancreatic canal stones can be formed and the stones can cause chronic pancreatitis. In daily practice, chronic pancreatitis may be the reason of researched dyspeptic patients who don't feel pain not responding to the treatment. This condition is overlooked sometimes. Pancreatic failure can be prevented by detecting of pancreatic duct stones earlier. Pancreatic enzyme replacement can help to reduce dyspeptic complaints.

Keywords: *Chronic pancreatitis, Hypercalcemia, Hyperparathyroidism, Dyspepsia*

Giriş

Kronik pankreatit nedenlerinden biri de pankreatik kanalda taş oluşumu nedeniyle ortaya çıkan obstrüksiyonlardır. Hiperkalsemi, pankreas kanallarında taş oluşumunu artırmakta ve zamanla kronik pankreatit gelişimine neden olmaktadır. Hiperkalsemi etyolojisine yönelik tedavi verilmesi ve bu taşların erken dekompresyonu ile pankreatik yetmezlik gelişimi önlenebilir. Ayrıca araştırılmış dispepside nonspesifik abdominal yakınmaların sebebi olarak kronik pankreatit akla getirilmelidir.

Olgu Sunumu

Hastanemize karında şişlik, hazımsızlık ve yaygın kas, eklem ağrıları nedeniyle başvuran hastanın biyokimyasal tetkiklerinde hiperkalsemi tespit edilmesi üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Hastanın geriye yönelik laboratuvar tetkikleri tarandığında yaklaşık beş yıl boyunca asemptomatik hiperkalsemisi olduğu saptandı. Ancak hiperkalsemi etyolojisine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Hastanın ilk yatışındaki

laboratuvar değerleri Ca:13,5 mg/dL parathormon : 1158,4 pg/mL, 25 OH vitamin D : 11,4 ng/mL, albumin: 3,7 g/dL, total protein :6,4 g/dL, glukoz: 82 mg/dL , üre: 31mg/dL , kreatinin: 0,88 mg/dL , AST: 17 U/L ALT:22 U/L , LDH:245 mg/dL , alkalen fosfataz:1134 U/L , Na:140mmol/L, K:3,8 mmol/L , Mg: 1,57 mg/dL,TSH: 2,47 uIU/mL, amilaz:241 U/L, WBC: 5,63 K/uL, Hb:11,6 g/dL, plt:167 K/uL, CRP:0,172 mg/dL, idrarda kalsiyum: 507 mg/gün, idrarda fosfor:0,82 gr/gün olarak tespit edildi. Üst ve alt gastroentestinal sistem endoskopileri normal bulundu. Helicobacter pylori negatif idi. Batın ultrasonografisi (USG) normaldi. Tiroid USG'de sol lobda alt polde yaklaşık 27*48 mm boyutlarında kistik nekroz alanları içeren hipoekoik solid nodüler lezyon izlendi. Tiroid nodülü, paratiroid adenomu şeklinde rapor edildi. Bel ağrısı olan hastanın ortopedi önerisi üzerine planlanan vertabral bilgisayarlı tomografi (BT) sonucu "L3-L4-L5 düzeyinde diffüz posterior ve bilateral foraminal bulging, bilateral foraminal hafif stenoz" şeklinde rapor edildi. Hastanın dispeptik yakınmalarının etyolojisi araştırılırken çekilen batın BT'de "pankreatik kanal gövde kesimi lokalizasyonunda yaklaşık 5 mm çapında taş ve daha proksimalde kalan pankreatik kanal diffüz olarak genişlemiş (ortalama 3,6 mm)" şeklinde değerlendirildi (Şekil 1).



Şekil 1 : Pankreatik kanal gövde kesimi lokalizasyonunda yaklaşık 5 mm çapında taş, daha proksimalde kalan pankreatik kanalda diffüz genişleme

Bu bulgularla paratiroid adenomuna bağlı hiperparatiroidi tanısı konan hastaya daha sonra paratiroidektomi yapıldı. Patoloji doku örneği "Paratiroid Adenomuna" ile uyumlu geldi. Fekal elastaz 120 µg/g bulunması üzerine hastaya kronik pankreatit tanısıyla oral pankreas enzim replasman tedavisi başlandı. Tam obstrüksiyon olmaması nedeniyle pankreas kanalının endoskopik dekompresyonu daha sonra değerlendirmek üzere takibe alındı. Daha sonraki poliklinik kontrollerinde hastanın parathormon ve kalsiyum düzeylerinin gerilediği dispeptik yakınmalarının ve kas eklem ağrılarının azaldığı tespit edildi. Laboratuvar testleri tablo 1 de özetlenmiştir.

| Tetkikler | Sonuçlar |
|----------------------------|--------------|
| Kalsiyum | 13,5 mg/dL |
| Parathormon | 1158,4 pg/mL |
| 25 OH vitamin D | 11,4 ng/mL |
| TSH | 2,47 uIU/mL |
| Alkalen fosfataz | 1134 U/L |
| Amilaz | 241 U/L |
| Fekal elastaz | 120 µg/g |
| İdrarda kalsiyum | 507 mg/gün |
| İdrarda fosfor | 0,82 gr/gün |
| Kreatinin | 0.88mg/dl |
| Helicobacter pylori | negatif |
| Üst ve alt gis endoskopisi | normal |

Tablo 1
Laboratuvar bulgular

Tartışma

Hiperkalsemik hastalar asemptomatik seyredebileceği gibi birçok semptomla da karşımıza çıkabilmektedir. Olgular hafif kronik hiperkalsemiden komaya kadar değişebilen geniş bir yelpazede ele alınabilir. Hiperkalseminin derecesi ve serum kalsiyum konsantrasyonunun hızlı yükselmesi sıklıkla semptomların ortaya çıkmasına ve acil tedavilerin planlanmasına neden olmaktadır ^{1,2}. Hiperparatroidili hastalar semptomatik ise cerrahi, asemptomatik ise The Third International Workshop klavuzunda belirtilen serum kalsiyum konsantrasyonunun normalin üst limitinden 1,0 mg/dL'den fazla artması, kreatinin klirensinin 60 mL/min altına inmesi ; kalça, lomber vertebra veya distal radiusda kemik dansitesi T skorunun -2.5 altında olması ve 50 yaşın altında olması şartlarından birini karşılamaması durumunda medikal tedavi ile izlem önerilmektedir ².

Kronik pankreatit, uzun süre asemptomatik seyredebilir ve ağrı yapmadan pankreas yetersizliğine neden olabilir. Etiyolojide en sık, aşırı alkol kullanımı, genetik nedenler, otoimmün pankreatit, sistemik bazı hastalıklar ile travma neden olabilmektedir. Komplikasyon olarak psödokist, tümörler ve taşlar karşımıza çıkmaktadır ³.

Serum amilaz ve lipaz düzeyleri normal seyredebilir. Tedaviye cevapsız dispeptik hastaların bir kısmında altta yatan sebep kronik pankreatit olabilir. Bu hastalarda fekal elastaz erken tanıda yardımcı olabilir. Ancak rutin kullanıma girmemiştir. Oral pankreas enzim replasmanı bu hastalarda fayda sağlar. Pankreatik kanaldaki taşlar endoskopik olarak çıkartılabilir veya litotripsi ve cerrahi yöntemler denenebilir. İlk tercih edilen yöntem endoskopik olmakla birlikte başarısızlık halinde endoskopik ultrason (EUS) kılavuzluğunda ana pankreatik kanal drene edilebilir. Ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL) bu yöntemlerle kombine edilebilir. Ana pankreatik kanalın erken safhada dekompresyonu ileride oluşacak, pankreas yetersizliğine neden olan fibrozisi önlemektedir. Çalışmalar pankreas kanalında taş oluşumunun pankreasın endokrin fonksiyonlarından çok, ekzokrin fonksiyonlarını bozduğunu göstermiştir ⁴⁻⁸.

Pankreas taşlarının %95'i kalsiyum karbonattan oluşan bir protein matriksden meydana gelmiştir. Bir teoriye göre patogeneizde pankreasın protein yapısındaki sekresyonları proteinöz plakların oluşumuna neden olmakta ve bu da kalsifikasyon için nidus görevi görüp taş oluşumuna neden olmaktadır ^{9,10}

Yaklaşık beş yıldır paratiroid adenomuna bağlı hiperparatiroidi nedeniyle asemptomatik hiperkalsemisi olan hastamızın, pankreas kanalında taş ve kanallarda atrofik değişiklikler tespit edildi. Hastada kronik pankreatit gelişimini, bel ağrısı ve dispeptik yakınmaların etyolojisini araştırırken insidental olarak BT’de tespit ettik. Bu da bize asemptomatik hiperkalsemi olgularında erken tanı ile önceden pankreas kanalı taşlarını tespit etmenin mümkün olabileceğini göstermektedir. Böylece bu hastalarda taşların endoskopik dekompresyon veya litotripsi ile kronik pankreatit gelişimini önlemek mümkün olabilecektir. Asemptomatik hiperkalsemili hastalarda pankreas kanal taşları oluşumunun, paratiroidektomi endikasyonları arasında olup olmayacağı daha geniş çalışmalarla ortaya konulmaya ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca araştırılmış dispepside kronik pankreatit eldeki tanı yöntemlerinin yetersizliği yüzünden sıklıkla gözden kaçmaktadır. Bu konuya dikkati çekmek de bir başka amaçtır.

Referanslar

1. Bilezikian JP. Clinical review 51: Management of hypercalcemia. J ClinEndocrinolMetab 1993 Dec;77(6):1445-9.
2. Bilezikian JP. Management of acute hypercalcemia.NEngl J Med. 1992Apr 30;326(18):1196-203.
3. Andrada Seicean and SimonaVultur. Endoscopic therapy in chronic pancreatitis: current perspectives.Clin Exp Gastroenterol. 2015; 8: 1–11. Published online 2014 Dec 17. doi: 10.2147/CEG.S43096
4. Bilezikian JP, Khan AA, Potts JT Jr. Third International Workshop on the Management of Asymptomatic Primary Hyperthyroidism. Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the third international workshop. J ClinEndocrinol Metab.2009Feb;94(2):335-9.
5. Delhaye M, Vandermeeren A, Baize M, Cremer M. Extracorporealshock-wave lithotripsy of pancreatic calculi. Gastroenterology. 1992 Feb;102(2):610-20.
6. Brand B, Kahl M, Sidhu S, Nam VC, Sriram PV, Jaeckle S, et al..Prospective evaluation of morphology,function, and quality of life after extracorporeal shock wave lithotripsy and endoscopic treatment of chronic calcific pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2000 Dec;95(12):3428-38.
7. Hara H, Hoshino M, Hayakawa T,Kamiya Y, Miyaji M, TakeuchiT,etal.Single application extracorporeal shock wave lithotripsy is the first choice for patients with pancreatic duct stones. Am J Gastroenterol. 1996 Jul;91(7):1388-94.
8. İnuı K, Tazuma S, Yamaguchi TOhara H, Tsuji T, Miyagawa H, et al. Treatment of pancreatic Stones with extracorporeal shock wave lithotripsy: results of a multicenter survey. Pancreas 2005; Jan;30(1):26-30.
9. Dumonceau JM, Costamagna G, Tringali A, et al. Treatment for painful calcified chronic pancreatitis: extracorporeal shock wave lithotripsy versus endoscopic treatment: a randomised controlled trial. Gut.2007;56(4):545–552. [PMC freearticle] [PubMed]
10. Altınbaş A,Şimşek H,Soytürk M.Kronik pankreatit.Pankreas Hastalıkları.Editors.Örmeci N,Abbasoğlu O.Dünya Tıp Kikabevi.2015 .Ankara.73-83.

Sunum

15-19 Ekim, 2014 tarihlerinde Antalya’da gerçekleştirilen İç Hastalıkları Ulusal Kongresi’nde poster olarak sunulmuştur.