

İyi bilinen, ancak ilk düşünülmemeyen bir tanı: Makroamilazemi

Well known, but initial unthinkable a diagnosis: Macroamylasemia

Habip ALMIŞ, İbrahim Hakan BUCAK, Velat ÇELİK, Mehmet TEKİN, Mehmet TURGUT

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman

Sayın Editör,

On dört yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır var olan bazen şiddetlenen, periyodisite göstermeyen karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Karın ağrısı özellikle epigastrik bölgede olup, yemeklerle ilişkisizdi. Olgunun karın ağrısı dışında başka yakınması yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmiş öykülerinde özellik saptanmadı. Bitkisel ilaç kullanımı, ilaç kullanımı, travma veya yakın zamanda herhangi bir enfeksiyon geçirme öyküsü yoktu.

Tam kan sayımı ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Biyokimyasal incelemede amilaz yüksekliği dışında (685 U/L, Normali 28-100 U/L) anormal bulgu yoktu. Kan lipaz değeri normal sınırlarda saptandı. CRP değeri normaldi. Tümör belirteçleri de normal sınırlardaydı.

Hastanın hastanede kaldığı dönemde amilaz yüksekliği devam etti. Amilaz değerleri sırasıyla; ilk yatış tarihinde (28.02.2014): 685 U/L, 04.03.2014 tarihinde: 628 U/L, 07.04.2014 tarihinde: 610 U/L, 10.04.2014 tarihinde: 674 U/L olarak ölçüldü.

Abdominal ultrasonografide ve batın bilgisayarlı tomografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Parotis ve submandibuler tükürük bezlerinin ultrasonografisinde özellik saptanmadı.

İdrar amilazı 208 IU/L, serum amilazı 674 IU/L,

idrar kreatinini 66.48 mg/dL, serum kreatinini 0.51 mg/dL saptanan hastanın amilaz-kreatinin klirensi; %0.2 (normal değeri %1.8-3.2) olarak hesaplandı. Olguya makroamilazemi tanısı kondu.

Hastaya proton pompa inhibitörü başlandı. Yakınması azalan hasta taburcu edildi. Bir hafta sonraki kontrolünde serum amilazı 569 geldi. Bir ay sonraki kontrolünde amilazı 624 gelen hastanın proton pompa inhibitörü tedavisi kesildi. Hastanın herhangi bir yakınması yoktu. Altı ay sonraki kontrolünde amilaz yüksekliği (658 U/L) saptandı.

Karın ağrısı ile başvuran hastalarda amilaz yüksekliği saptanması durumunda ilk düşünülen hastalık genellikle akut pankreatit olmaktadır. Ancak akut pankreatit tanısı, çocuklarda özgün bulgu ve belirtilerinin olmaması nedeniyle zor bir tanıdır. Karın ağrılı hastada amilaz ve lipaz değerleri yüksekliği yanında görüntüleme yöntemlerinde de pankreatit lehine bulgu saptanması ile akut pankreatit tanısı konulabilmektedir^(1,2).

Makroamilazemi, akut pankreatit ile sık karışan bir hastalık olup, ilk akla gelen tanılardan biri olmakta hastalar gereksiz tetkik ve tedavilere maruz kalmaktadır⁽³⁾.

Serum amilazı; sıvı elektrolit bozuklukları, serebrovasküler hastalık, solunum ve kalp hastalıkları, hepatobilyer hastalıklar, diyabetes mellitus, peptik

Alındığı tarih: 20.10.2014

Kabul tarihi: 09.11.2014

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Habip Almış, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 02040-Adıyaman
e-mail: drhabipalmis@yahoo.com

ülser, böbrek-over-gastrointestinal sistem maligniteleri, intra ve ekstraabdominal cerrahiler, travma, dislipidemi, feokromasitoma, multipl miyelom, organ transplantasyonları, enfeksiyonlar ve ailesel hiperamilazemi gibi birçok durumda yüksek bulunabilmektedir⁽⁴⁾. Bunun yanında birçok ilaç pankreatit veya amilaz yüksekliğine neden olabilir⁽⁵⁾. Olgumuzda amilaz yüksekliğine yönelik ayırıcı tanıda ek herhangi bir hastalık saptanmadı. Hastamızın enfeksiyonu veya sürekli bir ilaç kullanım öyküsü yoktu. Aile bireylerinde benzer amilaz yüksekliği saptanmadı.

Makroamilazeminin temel klinik önemi, yalancı pankreatit tanısına neden olabilmesidir. Normal kantitatif amilaz ölçüm yöntemleriyle immüno globulinle bağlı makroamilazın normal amilazla ayırımı olası değildir. Serum amilazının artmasına karşın, serum lipazı normale makroamilazemi destekleyici bulgu olarak düşünülebilir fakat spesifik değildir. Bizim olgumuzda da serum amilaz değerleri, aralıklı ölçümlerde hep yüksek çıkmasına karşın, lipaz değeri normal sınırlarda saptandı.

Amilazın dolaşımdaki klirensi renal yolla olur; serum amilaz aktivitesindeki artış, idrar amilaz aktivitesini artırır. Serum amilazı ile karşılaştırıldığında idrar amilazı daha yüksek konsantrasyonlara ulaşır ve daha uzun süre kalıcıdır. Fraksiyone amilaz klirensi (amilaz/kreatinin klirens oranı) %1.8-3.2 arasındadır, makroamilazemiye bağlı hiperamilazemilerin ayırıcı tanısında yararlı olabilir. Akut pankreatit sırasında idrar amilaz değeri de yükselir ve bu oran artar. Makroamilazın renal klirensi düşük olduğu için idrarla atılımı azalır ve fraksiyone amilaz klirensi (<%1) düşük bulunur ve makroamilazı belirlemeye

yardımcı olur⁽⁶⁾. Hastamızda, amilaz klirensinin kreatinin klirensine oranı düşüktü (%0.23) ve makroamilazemi desteklemekteydi.

Olgumuzda lipaz değerlerinin normal olması, amilaz-kreatinin klirensinin düşük olması, görüntüleme yöntemlerinde pankreasın normal bulunması, amilaz yüksekliğinin takiplerde devam etmesi, amilazı yükseltecek başka nedenlerin bulunmaması sonucunda olgumuza makroamilazemi tanısı kondu.

Sonuç olarak, bir tanı konması ancak o tanının düşünülmesi, göz önünde bulundurulması ile olasıdır. Makroamilazemi, hiperamilazemi yapan nedenlerden biri olup, amilaz yüksekliği saptanan hastalarda ilk düşünülmesi gereken tanılardan biridir. Makroamilazeminin erken tanısı, pankreatit tanısına yönelik gereksiz tetkik ve tedaviler açısından önleyici olabilir.

REFERENCES

1. Werlin SL, Kugathasan S, Frautschy BC. Pancreatitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:591-595. <http://dx.doi.org/10.1097/00005176-200311000-00017>
2. Öztürk Y. Çocukluk çağında akut pankreatitler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2007;50:146-153.
3. Yalnız M, Asoğlu M, Demirel U, Aygün C, Bahçecioğlu İH. Hiperamilazemili bir vaka: Makroamilazemi? Literatürün gözden geçirilmesi. *Klin Deney Ar Derg* 2011;2(1):98-101.
4. Pieper-Bigelow C, Strocchi A, Levitt MD. Where does serum amylase come from and where does it go? *Gastroenterol Clin North Am* 1990;19:793-810.
5. Srivastava R, Fraser C, Gentleman D, Jamieson La, Murphy MJ. Hyperamylasemia: not the usual aspects. *BMJ* 2005;331:890-891. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7521.890>
6. Levitt MD, Ellis C. A rapid and simple assay to determine if macroamylase is the cause of hyperamylasemia. *Gastroenterology* 1982;83:378-382.