



61. ULUSAL PSİKİYATRİ KONGRESİ

22-26 EKİM 2025
SHERATON ANKARA HOTEL & CONVENTION CENTER
ANKARA

“Bireyden Topluma,
Koruyucu Ruh Sağlığı ve
Eşit, Ulaşılabilir Tedavi”

Olanzapin ile Akut Pankreatit Gelişen Bir Olgu Sunumu

Murat Salih Bulut¹, Arif Ekiciler¹, Gülsüm Zuhall Kamış¹, Esra Kabadayı Şahin², Mustafa Uğurlu², Serdar Süleyman Can², Erol Göka¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

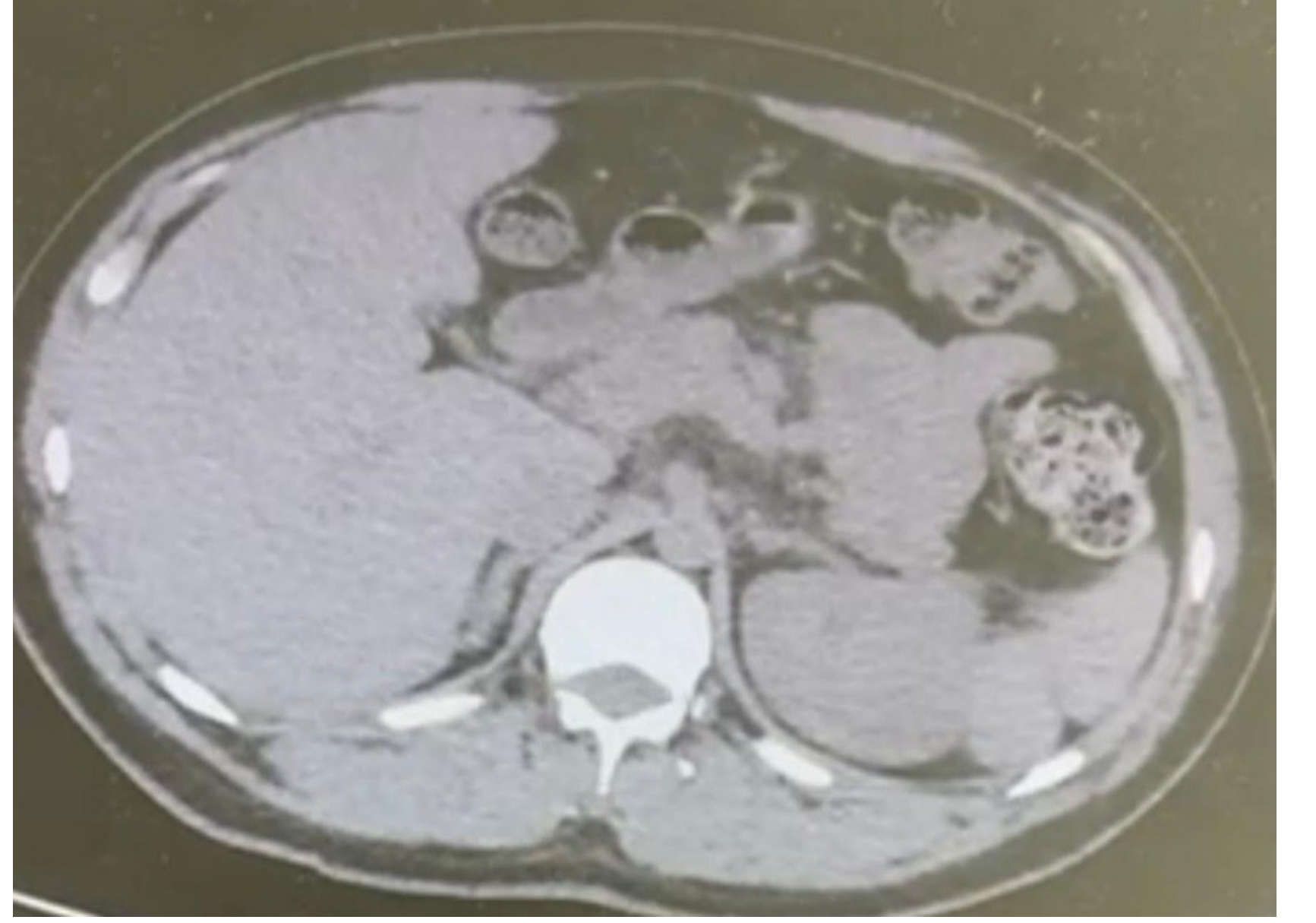
²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç

Akut pankreatit (AP), tipik karın ağrısının eşlik ettiği, amilaz ve lipaz yüksekliği ile karakterize, yüksek mortalite ve morbiditeye sahip inflamatuvar bir hastalıktır (Solmaz ve ark.2022). Akut pankreatitin etiyolojisi ve patogenezi yüzyıllardır dünya çapında yoğun bir şekilde araştırılmaktadır. Akut pankreatitin birçok nedeni keşfedilmiş olmakla birlikte, patogeneziyle ilişkili teoriler tartışmalıdır (Wang ve ark. 2009). Akut pankreatitin nedenleri arasında safra taşı ve safra çamuru gibi obstrüktif bozukluklar, alkol tüketimi, sigara kullanımı, ilaca bağlı pankreatit, metabolik bozukluklar, travma, tıbbi işlemler, enfeksiyonlar, vasküler hastalıklar ve otoimmün pankreatit bulunur (Sohail ve ark. 2024). İlaça bağlı akut pankreatit gelişimi, tüm akut pankreatitlerin küçük bir kısmını oluşturur(Geniş ve ark. 2020). Olanzapinin nadir bir yan etkisi olan olanzapin ilişkili akut pankreatit (AP) ile ilgili çeşitli olgu sunumları yayınlanmıştır. Ancak olanzapin kaynaklı AP'nin klinik özellikleri hakkında ise daha az şey bilinmektedir (He ve ark. 2022). Bu olgu sunumunda sizlere kliniğimizde Bipolar duygudurum bozukluğu psikotik özellikli manik epizod ile yatışı yapılan ve olanzapin, züklopentiksol dekanolat, klorpromazin, diazepam ve Elektrokonsülsif Tedavi (EKT) ile takibinin 28. gününde akut pankreatit tablosu gelişen bir vakayı sunacağız. Sunum için hastadan onam alınmıştır.

Olgu

25 yaşında erkek hasta, son 20 gündür hareketlilik artışı, uyku ihtiyacında azalma, sinirlilik, yüksek miktarda alkol kullanımı, madde kullanımı, para harcamada artış, büyük iş planları yapma, riskli davranışlar, şüphecilik genelkurmay başkanı olduğunu, bordo bereli olduğunu düşünme, kendisine zarar verileceğini düşünme şeklindeki şikayetleri ile servisimize yatışı yapıldı. Yaklaşık 3 yıl önce depresif şikayetlerle psikiyatri poliklinik başvurusu olan hastaya Amitriptilin 25mg, Alprazolam 1mg, Duloksetin 60mg tedavileri başlanmış olup, bu tedavileri kısa bir süre kullanıp bırakmış. Yatış esnasında yapılan ruhsal durum muayenesinde hastanın özbakımı kısmen azalmış, konuşma hız, tonu ve miktarı artmış, duygudurumu eleve, duygulanımı irritable, artmış, çağrışımları dağınık, düşünce içeriğinde persekütuar ve grandiyöz sanrıları mevcut; algı sapması yok, gerçeği değerlendirmesi bozuk, içgörüsü yok, psikomotor aktivite artmış olarak değerlendirildi. Psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinde “Pozitif ve negatif sendrom ölçeği:125, Young Mani Skoru:38” olarak görüldü. Hastaya yatışında olanzapin 20mg/gün, valproat 2500 mg/gün (VPA: 92,50 mg/L), diazepam 35mg/gün tedavisi başlandı. Servis takibinde irritabilitesi yatıştırılamayan, çok sık gözlem ihtiyacı olan, davranış kontrolü sağlanamayan hastanın tedavisine bu amaçla züklopentiksol asetat 50mg/15gün, klorpromazin 400mg/gün tedavileri de eklendi. Etkin dozlara çıkılmasına rağmen yeterli klinik fayda izlenemeyen hastada valproik asit tedavisi kesilerek EKT başlandı. EKT’si devam ederken, 9 seans EKT sonrası hastanın takiplerinde ateş yükselmesi, karın ağrısı, mide bulantısı, iştahsızlık şikayetleri tariflemesi üzerine yapılan fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet saptandı. Tetkik sonuçlarında amilaz 135 U/L, lipaz 604 U/L, CRP 277 mg/L, WBC 12.2 x10⁹/L, trigliserid düzeyi 154 mg/dL olarak saptandı, diğer biyokimyasal tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Hasta dahiliye, enfeksiyon hastalıkları ve gastroenteroloji birimine konsülte edildi, ilgili birimlerce değerlendirilen hastada akut pankreatit düşünüldü. Hastanın abdomen bilgisayarlı tomografi görüntülemesi akut pankreatit lehine yorumlandı. Tıbbi durumundaki değişiklikle beraber enerji artışı da tamamen geriledi. Akut Pankreatit açısından riskli olarak değerlendirdiğimiz olanzapin 20mg/gün tedavisi kesildi. Tedavisinin sadeleştirilmesi amacıyla belirti şiddeti izlenerek diazepam dozu 20mg/günden 5mg/güne, klorpromazin 400mg/günden 200mg/güne düşüldü. EKT sonlandırıldı. İlgili birimlerin önerisiyle antibiyoterapi ve destek tedavi başlandı, hidrate edildi. Hasta yakın takip edildi, günlük fizik muayenesi ve tetkikleri yapıldı. Bir hafta sonra yapılan kan tetkiklerinde amilaz 95 U/L, lipaz 130 U/L, WBC 9,28 x10⁹/L olduğu görüldü. Fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinde “ Pozitif ve negatif sendrom ölçeği: 76, Young Mani Skoru: 14” olarak görüldü. Yatış şikayetleri gerileyen, servis uyumu artan, psikiyatrik değerlendirme ölçekleri gerileyen ve tedavisine ayaktan devam edilecek iyilik haline ulaşan hasta Züklopentiksol dekanolat 200mg/15gün, klorpromazin 300mg/gün, diazepam 5mg tedavisi ile taburcu edildi.



Tartışma

Olanzapine bağlı pankreatit gelişimi ile çeşitli yayınlar yapılmıştır(Kerr ve ark. 2007). Hastaların önemli bir kısmında pankreatit gelişimi kolaylaştıran ek faktörler olduğu bildirilmiştir (He ve ark. 2022). Olanzapine bağlı hipertrigliserideminin pankreatite yol açtığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Buszek ve ark. 2016) ancak bu vakada trigliserid düzeyi 154 mg/dL düzeyini geçmemiştir. Sunulan vakada olanzapin kesilince pankreatit bulguları düzelmiş ve diğer nedenler dışlanmıştır. Bu nedenle olanzapin kullanımı farklı bir mekanizmayla da pankreatite neden olabileceği ve özellikle çoklu antipsikotik kullanımının riski artırabileceği düşünülmüştür.

Bir çalışmada trigliserid yüksekliğinin eşlik etmediği olanzapin ilişkili akut pankreatit vakalarında geçici veya kalıcı organ fonksiyon bozukluğunun görülmüştür (He ve ark. 2022). Bu açıdan olgumuz diğer olgularla tutarlıdır. Hastadaki akut pankeatit tablosunun daha ağır seyretmemesinin bir nedeni de hızla fark edilip hızla tedavi sürecinin başlanması olabilir.

Özellikle ek risk faktörlerinin, çoklu psikotrop kullanımın, trigliserid yüksekliğinin olduğu hastalar başta olmak üzere olanzapin kullanan hastalarda akut pankreatit riski dikkate alınmalıdır. Olanzapin tedavisi almaktaayken karın ağrısı, ateş, laboratuvar tetkiklerinde enfeksiyon parametrelerinde yükselme olan hastalarda akut pankreatit akla gelmeli ve bu hastalar daha yakın takip edilmeli, alternatif tedaviler düşünülmelidir.

Kaynaklar

Buszek SM, Roy-Chaudhury P, Yadlapalli G (2016). Olanzapine-Induced Hypertriglyceridemia Resulting in Necrotizing Pancreatitis. ACG Case Rep J. 3(4):e104.

Geniş B, Tamdemir SE, Aslan S, Küçük H (2020). Valproik Asit, Olanzapin ve Risperidonun Birlikte Kullanımından Kaynaklanan Bir Akut Pankreatit Olgusu. DEU Tıp Derg. 34(2):163-9.

He Y, Fang W, Li Z, Sun L, Zhou Y, Wu C, Sun W, Wang C (2022). Analysis of the clinical characteristics of olanzapine-induced acute pancreatitis. Ther Adv Psychopharmacol. 12:20451253221079971.

Kerr TA, Jonnalagadda S, Prakash C, Azar R (2007). Pancreatitis following Olanzapine Therapy: A Report of Three Cases. Case Rep Gastroenterol. 1(1):15-20.

Sohail Z, Shaikh H, Iqbal N, Parkash O (2024). Acute pancreatitis: A narrative review. J Pak Med Assoc. 74(5):953-958.

Solmaz İ, Özçaylak Ç, Kaçar E, Esen R, Kılıç J, Ozan M (2022) Acute Pancreatitis Following Thiocolchicoside Use: A Case Report.DAHUDER Med J. 2(2):58-60.

Wang GJ, Gao CF, Wei D, Wang C, Ding SQ (2009). Acute pancreatitis: etiology and common pathogenesis. World J Gastroenterol. 15(12):1427-30.