

Gebelik son trimesterde akut biliyer pankreatit atağı ve yönetimi: Olgusu

Acute pancreatitis attack and management in the last trimester pregnancy: A case report

Hacer UYANIKOĞLU¹, Zekeriya SAYIN², Ahmet UYANIKOĞLU³

Özel Ortadoğu Sağlık Merkezi, ¹Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, ²Genel Cerrahi Bölümü, Şanlıurfa Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, ³Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa

Gebelikte akut biliyer pankreatit atağı sık görülen bir durum olmayıp anne ve bebek için morbidite ve mortalite sebebi olabilir. 35 yaşında 4. gebeliği olan 3. trimesterdeki hastada akut biliyer pankreatit olgusu, olgunun tedavi ve takip yönetimi sunulmuştur.

An episode of acute biliary pancreatitis in pregnancy is not a common condition for the mother and baby and can cause morbidity and mortality. Women aged 35 years with a fourth pregnancy and in their third trimester and diagnosed with acute biliary pancreatitis were offered treatment and follow-up management.

Anahtar kelimeler: Gebelik, akut pankreatit

Key words: Pregnancy, acute pancreatitis

GİRİŞ

Akut pankreatit (AP) gebelerde oldukça nadir olup, yaklaşık 10.000 gebede 3; 1.000-3.000 gebelikte 1 görülür. Hafif formdan ağır forma kadar geniş bir klinik spektrum gösterebilir. Nekroz, apse, psödokist ve multiorgan yetmezliği sendromu gelişebilir. Gebelikte AP'in en sık etyolojik nedeni safra kesesi taşı hastalığı, 2. sıklıkla hipertrigliceridemi (1-4). AP, özellikle de ciddi akut pankreatit gebelikte nadirdir, ancak AP ve komplikasyonlarının gebelerde tanı ve tedavisi zordur (5).

Gebelikte AP en sık 3. trimesterde (%80) bildirilmiştir. En sık şikayetler karın ağrısı (%90) ve kusma (%70)'dir. Löko-sitoz, amilaz ve lipaz yüksekliği en sık saptanan biyokimyasal bulgulardır (6).

Akut biliyer pankreatitin hafif ve orta şiddetli olduğu olgularda, gebeler konservatif tedavi ile başarılı bir şekilde takip edilebilir (7). Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografinin (ERCP) biliyer AP'li gebelerde etkili ve güvenli olduğunu bildiren çalışmalar olmasına rağmen, fetal radyasyon maruziyeti önemli bir problemdir (8-11). Ciddi hipertrigliceridemi plazmaferez etkili olup hayatı tehdit eden komplikasyonları azaltmaktadır (12). Son dekatta gebede AP sonuçları daha düzelmiş olup, mortalite %5'ten azdır (13).

Semptom rekürrensini ve plansız hastane yatışlarını önlemek için kolesistektomiye en uygun zamanın antepartum veya erken postpartum dönemi olduğu bildirilmiştir (14).

Gebelikte akut biliyer pankreatit atağı sık görülen bir durum değildir. 35 yaşında 4. gebeliği olan 3. trimesterdeki gebelerde akut biliyer pankreatit olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Kadın doğum polikliniğine kontrol amacıyla müracaat eden ve bele vuran kuşak tarzında epigastrik karın ağrısı şikayeti olan 35 yaşında hastanın fizik muayenesinde boy 160 cm, kilo 74 kg, vücut kitle indeksi 29 kg/m² idi. Fundus göbek seviyesinin üzerinde, 3 trimester ile uyumlu, sağ üst kadranda ve epigastriumunda hassasiyet, karaciğer normal ve traube açık saptandı.

Tetkiklerinde lökosit 156.000/mm³, hemoglobin 10.4, trombosit: 152.000, aspartat aminotransferaz (AST) 424 IU/L, alanin aminotransferaz (ALT) 116 IU/L, alkalen fosfat (ALP) 309 IU/L, gama glutamil transpeptidaz (GGT) 139 IU/L, amilaz 850, total bilirubin 3.13 mg/dl, direkt bilirubin 2.56 mg/dl, üre 12 mg/dl, kreatinin 0.4 mg/dl, total protein 7 mg/dl, albumin 3.4 mg/dl, protrombin zamanı 12 saniye, HBsAg ve Anti HCV negatif saptandı.

Batın ultrasonografisinde karaciğer boyutları ve parankimi normal, intrahepatik safra yolları dilate, karaciğer ve pankreasta sınır ve eko farkı oluşturan kitle lezyonu saptanmadı, safra kesesinde multipl kalküller saptandı, pankreas ödemli idi. Bu bulgularla hastaya 3. trimesterde

İletişim: Hacer UYANIKOĞLU

Özel Ortadoğu Sağlık Merkezi,

Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Şanlıurfa

Tel: +90 414 318 31 61 • E-mail: huoglu@hotmail.com

Geliş Tarihi: 15.12.2013 • **Kabul Tarihi:** 05.10.2015

akut biliyer pankreatit teşhisi konularak gastroenteroloji kliniğine yatırıldı.

Hastanın oral alımı durdurularak sıvı-elektrolit, analjezik, proton pompa inhibitörü ve uygun antibiyoterapi verilerek izlendi, takiplerinde hastanın ağrısı, karaciğer enzimleri ve amilaz geriledi. Yatışının 3. günü oral alımı açıldı. Klinik ve laboratuvar gerileme nedeniyle ERCP yapılmadı, ayaktan takip edilmek üzere 5. gün taburcu edildi.

Hasta genel cerrahi, gastroenteroloji, kadın-doğum konsültasyonu sonucu sezeryan ameliyatı kararı alınarak, pankreatit atağının 10. gününde sezeryan ameliyatına alındı, sağlıklı bir bebek doğurdu. Akut pankreatitin 15. gününde, sezeryan ameliyatından 5 gün sonra laparoskopik kolesistektomi ameliyatı yapıldı.

Ameliyat sonrası ağrısı olmayan ve takiplerinde laboratuvar bulguları gerileyen hastanın kolesistektomi ameliyatının 5. gününde transaminazlar ve bilirubin normal, ALP, GGT hafif yüksek idi. Ameliyat sonrası 3. hafta kontrollerinde ALP ve GGT dahil tüm değerleri normal saptandı. Hasta poliklinik takibine alındı.

TARTIŞMA

Safra kesesi taşı (kolelitiiazis) için en önemli risk faktörleri: yaş, kadın cinsiyet, gebelik ve obezitedir (15). Hastamız gebelik ve hafif kilolu olup, orta yaşta idi ve 4. gebeliği idi. Kolelitiiazis açısından risk faktörleri taşıyordu.

Gebe kadında akut karın ağrısında AP erken tanısı ve ciddiyetinin saptanması çok önemlidir (16). Gebe bir kadın akut cerrahi karın tablosu ile başvurduğunda, hastalığın hem tanısı güçleşir, hem de uygulanacak tedavi girişimleri değişir. Gebelik sırasında normal olarak ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler, belki de cerrahi bir girişim gerektiren klinik tablonun hem klinik belirtilerinin, hem de fizik muayene bulgularının değişmesine yol açacaktır (17). Hastamızda geliş şikayeti epigastrik bölgede karın ağrısı olup, kuşak tarzında bele vurması dikkat çekmiş, AP tanısı açısından uyarıcı olmuştur.

Safra kesesi taşı genellikle 3. trimesterde veya erken post-partum dönemde, ciddi epigastrik ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık ve ateşle prezente olur. Lökositoz ve karaciğer enzimlerinde yükselme görülür (4). Biliyer AP'te lökositoz, amilaz ve lipaz yüksekliği en sık saptanan biyokimyasal bulgulardır (6). Hastamızda karın ağrısına bulantı kusma eşlik etmiyordu. Lökositoz, karaciğer enzim yüksekliği ve amilaz yüksekliği ile AP tanısı konuldu.

Çorbacioğlu Esmer A. ve arkadaşlarının 14 hastalık serisinde gebelikte görülen AP olgularının %50'sinde etyolojik neden (7/14) safra taşı, olguların %57.2'si (8/14) hafif

pankreatit, preterm doğumun sıklığı %61.5 olup maternal ölüm iki olguda gerçekleşmişti (%14.2) (18). Bizim hastamızda da AP'in etyolojik nedeni safra taşı olup, orta hafif şiddette idi, bebek termde doğurtuldu ve fetus ve annede komplikasyon gelişmedi.

Sun Y. ve arkadaşlarının 3. trimesterde AP teşhisi konulan 16 hastayı incelediği seride 9 hafif AP'li hastadan 7'si sezeryan olmuş, bu 9 hastanın tamamı düzelmiş. Ciddi pankreatitli 7 hastadan 4'ü sezeryan olmuş, bu hastalara peritoneal irrigasyon ve drenaj uygulanmış, anneler ve bebeklerde mortalite görülmemiş. Kalan 3 hastadan birinde bebek intrauterin ex olduğundan indüksiyonla doğurtulmuş, 2 hasta ise multiorgan yetmezliğinden vefat etmiştir (5). Bizim hastamıza da 3. trimesterde tanı konulmuş olup, hasta konservatif medikal tedavi ile takip edilmiş ve komplikasyonsuz olarak düzelmişti. AP atağının 10. gününde sezeryan ameliyatı yapılmıştır.

Akut pankreatit (AP) gebelikte nadirdir, tanı klinik prezentasyona, laboratuvar testlerine ve görüntülemeye dayanır. Tedavi stratejisi gebe olmayanlar gibi olmasına rağmen, gastroenterolojist, gastrointestinal cerrah, radyolog, obstetrisyen ve yoğun bakım ünite doktorundan oluşan multidisipliner takım kurulmalıdır (6). Hastamızda biliyer AP tanısı klinik, laboratuvar ve ultrasonografi (USG) bulgularına göre konulmuş ve hasta multidisipliner takip edilmiştir.

Othman M. ve arkadaşlarının 112 safra kesesi taşı olan gebe hastayı incelediği çalışmada ortalama yaş 25 olup 56 hasta biliyer kolik, 27 hasta biliyer pankreatit, 17 hasta kolesistit, 12 hasta koledokolityazis ile prezente olmuş. 68 hastada konservatif kalınmış, 13 hastaya ERCP yapılmış, 27 hastaya laparoskopik kolesistektomi, 4 hastaya da ERCP ve laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. Kolelitiiazis ve komplikasyonların konservatif tedavisi daha sık biliyer semptomlarla ve acil müraعاتlarla ilişkili bulunmuştur. ERCP ve laparoskopik kolesistektominin gebelik sırasında alternatif güvenli yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir (19). Hastamızda koledokolitiiazis düşünülmesine rağmen ERCP yapılmadı, medikal tedavi ile konservatif takip yapıldı. Hastaya sezeryan sonrası 5. günde erken laparoskopik kolesistektomi yapılmış ve hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Sonuç olarak gebelikte akut biliyer pankreatit sık görülen bir durum değildir. Hafif ve orta şiddetli AP'li gebelerde, gebelik miyada yakınsa önce gebeliğin güvenli bir şekilde tamamlanması, ERCP açısından acele etmeden konservatif medikal tedavi ile multidisipliner izlenmesi önerilebilir. Postpartum erken dönemde laparoskopik kolesistektomi güvenlidir.

KAYNAKLAR

1. Juneja SK, Gupta S, Virk SS, et al. Acute pancreatitis in pregnancy: A treatment paradigm based on our hospital experience. *Int J Appl Basic Med Res* 2013;3:122-5.
2. Thulasidass K, Chowdhury TA. Hypertriglyceridemic pancreatitis in pregnancy: case reports and review of the literature. *JRSM Short Rep* 2013;4:2042533313481211.
3. Igbiosa O, Poddar S, Pitchumoni C. Pregnancy associated pancreatitis revisited. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2013;37:177-81.
4. Pandey R, Jacob A, Brooks H. Acute pancreatitis in pregnancy: review of three cases and anaesthetic management. *Int J Obstet Anesth* 2012;21:360-3.
5. Sun Y, Fan C, Wang S. Clinical analysis of 16 patients with acute pancreatitis in the third trimester of pregnancy. *Int J Clin Exp Pathol* 2013;6:1696-701.
6. Zhang DL, Huang Y, Yan L, et al. Thirty-eight cases of acute pancreatitis in pregnancy: a 6-year single center retrospective analysis. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci* 2013;33:361-7.
7. Turhan AN, Gönenç M, Kapan S, et al. Acute biliary pancreatitis related with pregnancy: a 5-year single center experience. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg (Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery)* 2010;16:160-4.
8. Yang J, Zhang X, Zhang X. Therapeutic efficacy of endoscopic retrograde cholangiopancreatography among pregnant women with severe acute biliary pancreatitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2013;23:437-40.
9. Zhou Y, Zhang X, Zhang X, et al. ERCP in acute cholangitis during third trimester of pregnancy. *Hepatogastroenterology* 2013;60:981-4.
10. Di Leo M, Arcidiacono PG. Fetal radiation exposure: Is monitoring really needed? *World J Gastrointest Endosc* 2013;5:366-8.
11. Agcaoglu O, Ozcinar B, Gok AF, Yanar F, Yanar H, Ertekin C, Gunay K. ERCP without radiation during pregnancy in the minimal invasive world. *Arch Gynecol Obstet* 2013;288:1275-8. Epub 2013 May 30.
12. Basar R, Uzum AK, Canbaz B, et al. Therapeutic apheresis for severe hypertriglyceridemia in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2013;287:839-43. Epub 2013 Mar 12.
13. Stimac D, Stimac T. Acute pancreatitis during pregnancy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011;23:839-44.
14. Veerappan A, Gawron AJ, Soper NJ, Keswani RN. Delaying cholecystectomy for complicated gallstone disease in pregnancy is associated with recurrent postpartum symptoms. *J Gastrointest Surg* 2013;17:1953-9. Epub 2013 Sep 4.
15. Smith I, Gaidhane M, Goode A, Kahaleh M. Safety of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in pregnancy: Fluoroscopy time and fetal exposure, does it matter? *World J Gastrointest Endosc* 2013;5:148-53.
16. Li HP, Huang YJ, Chen X. Acute pancreatitis in pregnancy: a 6-year single center clinical experience. *Chin Med J (Engl)* 2011;124:2771-5.
17. Kapan s, Kapan M. Gebelik ve akut karın (prenancy and acute abdomen). *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2005;1:84-9
18. Çorbacıoğlu Esmer A, Özsürmeli M, Kalelioğlu İ. Maternal and perinatal outcomes of acute pancreatitis during pregnancy (Gebelikte görülen akut pankreatitin maternal ve perinatal sonuçları). *Gazi Med J* 2012;23:133-7
19. Othman MO, Stone E, Hashimi M, Parasher G. Conservative management of cholelithiasis and its complications in pregnancy is associated with recurrent symptoms and more emergency department visits. *Gastrointest Endosc* 2012;76:564-9.