

Postpartum Dönemde Görülen Akut Pankreatit Vakası

Acute Pancreatitis Case in the Postpartum Period

Öz

Akut Pankreatit gebelik ve postpartum dönemde nadir görülen bir durumdur. Gebelik ve postpartum dönem, bayanlarda bir çok fizyolojik değişikliğin olduğu ve birçok hastalıkların tanı ve tedavilerinde değişikliklere yol açan bir periyottur. Özellikle akut pankreatit sıklıkla ilk gebeliklerde ve özellikle 3. trimesterde ve gençlerde görülmektedir. En sık neden olan etiyolojik faktörler safra taşları ve hiperlipidemidir. Nadir olarak postpartum dönemde de akut pankreatit görülür, ancak tanı koymak oldukça zor olabilir. Acil servisimize başvuran postpartum dönemdeki 26 yaşında olan akut pankreatit tanısı konulan ve tedavi edilen vakamızı sunuyoruz.

Abstract

Acute pancreatitis is a rare condition in the pregnancy and postpartum period. Pregnancy and postpartum period is a period that leads to many physiological changes in women and leads to changes in diagnosis and treatment of many diseases. Especially acute pancreatitis is often seen in the first pregnancy and especially in the third trimester and in young people. The most common etiologic factors are gallstones and hyperlipidemia. Rarely, acute pancreatitis is seen in postpartum period but it can be difficult to diagnose. We present a case of acute pancreatitis diagnosed and treated at the age of 26 in the postpartum period who is referred to our emergency department.

Giriş

Akut pankreatit gebelerde ve postpartum dönemde oldukça nadir görülür. Gebelikte akut pankreatit en sık üçüncü trimesterde görüldüğü bildirilmiştir(1). Gebelerde görülme sıklığı 1/10000 civarındadır(2). Genelde gebeliğin geç döneminde görülse de postpartum periyotta da ortaya çıkabilir ve tanı koymak oldukça güç olabilir(3). Gebelik ve postpartum dönemde görülen akut pankreatit ciddi mortalite ve morbiditeye neden olabilir. Bizde gebelik sonrası postpartum dönemde akut pankreatit tanısı konulan 26 yaşındaki hastamızı sunuyoruz.

Olgu

26 yaşında bayan hasta acil servisimize bulantı, kusma, epigastrik bölgede ve sırt vuran ağrı, iştahsızlık şikayeti ile başvurdu. Hastanın on beş gün önce sezaryanla ilk doğumunu yaptığı öğrenildi. Ağrısının son iki gündür giderek artmaya başladığını, bera-

Yrd. Doç. Dr. Harun DÜĞEROĞLU¹
Yrd. Doç. Dr. Yasemin KAYA¹
Uzm. Dr. Hakan PEKER²
¹ Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
² Sağlık Bakanlığı-ODU Eğitim
Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği

Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:

Yrd. Doç. Dr. Harun DÜĞEROĞLU
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim
Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları
Anabilim Dalı, Bucak Mh. Pk:52200,
ORDU

Tel/phone: +90 452 225 23 42 - 1575
E-mail:harun.dugeroğlu@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

Postpartum dönem, Akut Pankreatit, İç Hastalıkları

Keywords:

Postpartum period, acute pancreatitis, internal medicine

Geliş Tarihi - Received
12/01/2018
Kabul Tarihi - Accepted
14/02/2018

berinde bulantı ve kusması olmuş. Özellikle acile başvuru durumunda ağrısının sırta vurduğunu ve hiç azalmadığını söyledi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Sürekli kullandığı bir ilaç ve kötü alışkanlığı yoktu. Genel durumu iyi, bilinç açık, oryante ve koopere idi. Ateş: 36,9 C, TA: 100/70 mmHg, Nbz:96/dk, SS: 15/dk, hastanın batın muayenesinde C/S e ait insizyon skarı mevcuttu. Epigastrik bölgede yaygın hassasiyeti vardı. Diğer sistemlerin fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Bu esnada bakılan laboratuvar tetkiklerinde ise; AMİLAZ>6554 U/L (34-119UL), LİPAZ>1200 U/L (70<UL) , WBC:10.300 uL (4,6-10,2 103uL) , CRP: 1,4 mg/dL (0,0-0,5 mg/dL), ALT: 458 U/L (7,0-22 U/L), AST: 506 U/L (11-25 U/L), LDH: 622 U/L (126-222 U/L), TOTAL BİLÜRİBİN: 2,83 mg/dl (0,0-1,2 mg/dl), DİREKT BİLÜRİBİN: 1,49 mg/dl (0,0-0,5 mg/dl), GLUKOZ: 103 mg/dl (70-100 mg/dl), KALSIYUM: 8,5 mg/dl (8,4-10,2 mg/dl), HTC: 40,2 % (37,7-53,7%), PLT:366.000 uL (142-424 103uL) dışında diğer tetkikleri normaldi. EKG'si normal sinüs ritminde olup, ST segment değişikliği yoktu. Abdominal USG'de karaciğer, safra kesesi ve safra yolları normaldi. Pankreas yoğun gaz nedeni ile değerlendirilememişti. Hasta postpartum akut pankreatit ön tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı. Yapılan tetkiklerde TRİGLİSERİT: 125 mg/dL (50-200 mg/dL), LDL: 108 mg/dL (60-130 mg/dL) , TOTAL KOLESTEROL: 189 mg/dL (110-200 mg/dL), HbsAg(-), Anti-Hbs(-), Anti-HCV(-), Anti-HIV(-), CMV IgM(-), EBV IgM(-). Hastanın oral alımı stoplandı. Hastaya sadece bir gün meropenem 2x1 flakon iv verildi. 2.gün antibiyotik kesildi. Tedaviye parantal hidrasyon ve nutrisyonla devam edildi. Hastanın oral alımı 48 saat sonra açıldı. Kolesterolde fakir diyet verildi. Hastaya yatışından iki gün sonra MR Kolanjiopankreatografi (MRCP) çekimi yapıldı. İntrahepatik safra yolları, ana hepatik kanal ve koledok normal izlendi. Safra kesesi duvar ve lümeni normal izlendi. Sistik kanal katılımı normaldi. Ana pankreatik kanal duvar ve lümeni, kalibrasyonu normal olarak raporlandı. Hastanın yatışından itibaren kan Amilaz ve lipaz değerleri 2. ve 3. günde düşmeye başladı. Sırasıyla 2. günde Amilaz: 199 U/L, lipaz: 160 U/L, 3.günde amilaz: 180 U/L, lipaz: 118 U/L. Hastanın yatışından 48 saat sonra genel durumunda düzelme, semptomlarında gerileme olmaya başladı. Yatışının 6.gününde Amilaz: 75 U/L, lipaz: 44 U/L, ALT: 48 U/L, AST: 21 U/L, WBC: 9.630 uL idi. Laboratuvar değerleri ve semptomları yatışının 6. günde tamamen normal düzeylere dönmesi üzerine hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma

Akut pankreatit, bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti ile başlayan, kan ve idrarda pankreas enzimlerinin yüksekliği ile seyreden iltihabi bir durumdur(4). Gebelikte akut pankreatitin en sık etiyolojik nedeni safra kesesi taşları ve 2.sıklıkta hipertrigliseridemidir(5). İlaçlara bağlı ve idiyopatik pankreatit de görülebilenken alkole bağlı pankreatit oldukça nadirdir (2). Gebelerde görülme sıklığı 1/10000 civarındadır(2). Genelde ilk gebelikte ve gençlerde siktir(6). Gebeliğin ilerleyen aylarında safra kesesi hastalıkları insidansı da artmaktadır. Çorbacıoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada 14 hastalık serisinde gebede görülen akut pankreatitin %50'sinde etiyolojik neden safra taşı, %28,5'inde hipertrigliseridemi, geri kalan hastalarda ise etiyoloji hiperkalsemi, preeklampsi, ve idiyopatikti(7).

Akut pankreatitin klinik bulguları gebelikte de aynıdır. Bulantı, kusma ve karın ağrısı sık görülmektedir(1). Ancak, gebeliğin özellikle ilk trimesterde olan vakalar hiperemesis gravidarum ile karışabilir. Sıklıkla hastalık atlanabilir. Bu yüzden tanı ve ciddiyetin saptanması için klinik prezentasyon, laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri ile ekarte edilmelidir. Gebelikte akut pankreatit tanısında gecikme, kliniğin ağırlaşmasına yol açarken, hem fetal hem de maternal prognozu olumsuz etkileyebilir(8).

Bizim vakamızda safra kesesi taşları, hiperlipidemi, ilaç kullanım öyküsü ve alkol kullanım öyküsü yoktu. Biliyer akut pankreatit de lökositoz, amilaz ve lipaz yüksekliği en sık rastlanan biyokimyasal bulgulardır(1). Nonbiliyer akut pankreatit daha kötü seyrettiği için trigliserit, kalsiyum düzeyleri istenmelidir(7). Bizim hastamızda, çekilen USG ve MRCP de safra kesesi, safra yolları normaldi, safra taşları yoktu. Ayrıca, başvuru anında ılımlı bir lökositoz (10.300 uL) ve CRP (1,4 mg/dL) yüksekliği vardı. Kalsiyum seviyesi ve lipit profilleri normaldi. Amilaz (>6554 U/L) ve lipaz (>1200 U/L) seviyesi oldukça yüksekti. Karaciğer enzimleri yüksekti (ALT:458U/L, AST:506U/L). Gebelikte safra içeriği ve safra kesesi kontraktilesinde değişikliklerin olması sonucu gebelik süresince safra taşları ve safra çamuru oluşumuna yatkınlık artmaktadır ve bu durum akut pankreatite zemin hazırlamaktadır(9). Son trimesterde artmış östrojen seviyesine bağlı olarak safra içeriği değişmekte, artmış progesterona bağlı motilite azalmakta ve rezidü safra miktarı artmaktadır(10). Bu da kolesterol kristallerine ve zamanla safra taşı oluşumuna neden olmaktadır(9). Bizim vakamızda, hastanın yatışından bir gün önce de acilimize başvurmuş. Bu sırada bakılan biyokimyasal testleri normaldi (Amilaz:49 U/L, Lipaz: 37). 24 saat sonra şikayetlerinin artması nedeni ile tekrar acile geldiğinde bakılan biyokimyasal parametreleri pik yapmıştı (Amilaz (>6554 U/L) ve lipaz (>1200 U/L). Hastamızda görülen akut pankreatit tablosunun muhtemelen gebelik süresince oluşan minik safra taşının kanaldan düşmesi neticesinde gelişmiş olabileceğini, ya da diğer bir ihtimal ise belirli bir etiyolojik sebep bulunamaması nedeni ile idiyopatik pankreatit olabileceğini düşünmekteyiz.

Gebelik ve postpartum dönemde görülen akut pankreatitin tedavi stratejisi, gebe olmayanların tedavisi ile benzerdir(1). Tedavi stratejimiz, hastanın oral alımının kısıtlanması, sıvı replasmanı, analjezik, antibiyotik, nasogastrik dekompresyon, parantal nutrisyonu içeren destek tedavisi içerir(2). Gebelikte ve postpartum dönemde görülen akut pankreatit olgu-

ları genelde hafif ve orta derecede bir klinik seyir gösterir. Konservatif tedavinin başarılı olduğu bir hastalıktır. Ciddi akut pankreatit olgularında endoskopik girişim, cerrahi, ve peritoneal drenaj gerekebilir, mümkün olan en erken dönemde gebelik sonlandırılmalıdır(7). Bizim hastamızda uygulanan konservatif tedavi ile şikayetlerinde düzelme gösterdi. Biyokimyasal parametrelerinde normalleşme görüldü.

Akut pankreatitin seyri, komplikasyonları, fetal ve maternal morbidite ve mortalitesi pankreatitin hafif, orta ve ciddi seyretmesine göre değişmektedir. Ciddi akut pankreatit genellikle üçüncü trimesterde görülür ve intraüterin fetal ölüm için yüksek riskli bir durumdur. Hernandez ve Date'in vaka serilerinde fetal kayıp oranları %2,1-4,7 arasında değişmekteyken, pankreatit ve komplikasyonlarına bağlı maternal mortalite bildirilmemiştir(3). Sonuç olarak, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile başvuran gebe ya da postpartum hastalarda, çok sık görülmesede ayırıcı tanıda akut pankreatiti de düşünmemiz gerekir. Buna yönelik laboratuvar testlerini (özellikle, amilaz ve lipaz) ve görüntüleme yöntemlerini (özellikle, Abdominal Ultrasonografi) istemeliyiz.

Kaynaklar

1. 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 MedSci* 2013; 33:361-7.
2. Çelik Ç, Gezginç K, Acar A, Aksoy F, Akyürek C. Gebelikte akut pankreatit: Bir olgu sunumu. *T Klin Jinekoloj Obst* 2002; 12: 475-7.
3. Hernandez A, Petrov MS, Brooks DC, Banks PA, Ashley SW, Tavakkolizadeh A. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year single center experience. *J Gastrointest Surg* 2007; 11: 1623-7.
4. Akıncı E, Kocaşaban DU, Coşkun F. Yüksek Doz Naproksen Alımına Bağlı Akut Pankreatit Olgusu. *Türk J Emerg Med* 2010; 10: 191-3.
5. 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.
6. Maringhini A, Lankisch MR, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd, DiMagno EP. Acute pancreatitis in the post partum period: a population-based case control study. *Mayo Clin Proc* 2000; 75: 361-4.
7. 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.
8. Gür EB, Turan GA, Tatar S, et al. Gebelikte hipertriglisideremiye bağlı gelişen akut pankreatite yaklaşım (Management of acute pancreatitis due to hypertriglyceridemia in pregnancy: Case report). *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2013; 23:67-70.
9. Pitchumoni CS, Yegneswaran B. Acute pancreatitis in pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 5641-6.
10. Pandey M, Shukla VK. Lifestyle, parity, menstrual and reproductive factors and risk of gallbladder cancer. *Eur J Cancer Prev* 2003; 12: 269-72.