

Gebelikte Akut Pankreatit: Bir Olgu Sunumu

ACUTE PANCREATITIS IN PREGNANCY: A CASE REPORT

Çetin ÇELİK*, Kazım GEZGİNÇ**, Ali ACAR*, Faruk AKSOY***, Cemalettin AKYÜREK****

* Yrd.Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

** Asist.Dr., Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

*** Yrd.Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD,

**** Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, KONYA

Özet

Amaç: Bu vaka sunumunun amacı, ailesel hipertrigliseridemi ve akut pankreatiti olan bir gebenin sunulmasıdır.

Olgu Sunumu: 23 yaşında 22. gebelik haftasında olan hasta bulantı, kusma ve epigastrium ağrısı ile Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvurdu. Hastanın ailesinde hipertrigliseridemiye bağlı geçirilmiş akut pankreatit öyküsü mevcuttu. Laboratuvar bulguları, beyaz küre 18.000 K/uL, hemoglobin 14.1g/dL, sedimentasyon hızı 88 mm/saat, glukoz 135 mg/dL, total kolesterol 409 mg/dL, trigliserit 1583 mg/dL, amilaz 134 u/L, lipaz 190 u/L, SGOT 50 u/L, SGPT 48 u/L, LDH 484 u/L, kalsiyum 11.6 mg/dL, serum amilaz/kreatinin klirensi oranı %5 idi. Lipid profilinde sadece VLDL de artış görüldü. Hastaya medikal tedavi uygulandı ve fetal-maternal mortalite ve morbidite gözlenmedi.

Sonuç: Ailesel hipertrigliseridemili olgularda gebelikte akut pankreatit görülebilir ve bu olgular medikal tedavi ile başarılı bir şekilde tedavi edilirler.

Anahtar Kelimeler: Akut Pankreatit, Gebelik

T Klin Jinekoloj Obst 2002, 12:475-477

Summary

Aim: The aimed of this case report is to present a pregnant woman who had familial hypertriglyceridemia and acute pancreatitis.

Case Report: A 23 years old patient at twenty-second gestational weeks was admitted to Selçuk University, Faculty of Meram Medicine, Departments of Obstetrics and Gynecology with nausea, vomiting, and epigastric pain. Patient's family has an acute pancreatitis history due to hypertriglyceridemia. Laboratory findings were leukocyte 18.000 K/uL, hemoglobin 14.1g/dL, sedimentation rate 88 mm/ hour, glucose 135 mg/dL, total cholesterol 409 mg/dL, triglycerid 1583 mg/dL, amylase 134 u/L, lipase 190 u/L, SGOT 50 u/L, SGPT 48 u/L, LDH 484 u/L, calcium 11.6 mg/dL, serum amylase/creatinine clearance ratio: 5%. Increasing VLDL only was seen at the lipid profile. Medical therapy was used without fetal and maternal morbidity and mortality.

Result: Acute pancreatitis might have seen in cases with familial hypertriglyceridemia at pregnancy and these cases can be treated with medical therapy successfully.

Key Words: Acute Pancreatitis, Pregnancy

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:475-477

Akut pankreatit pankreasda ödem, otosindirim, nekroz ve bazı olgularda kanama ile seyreden inflamatuvar bir patolojidir (1).

Akut pankreatitin gebelikteki sıklığı 1/1000-1/11.000 gebelik arasında değişir. En sık 3. trimester ve postpartum dönemde meydana gelir. Gebelerde akut pankreatitin en sık nedeni (%90) kolelitiazistir. Bunun yanı sıra; gebelikte hipertrigliseridemiye, ilaçlara (tiazid diüretikler, tetrasiklinler, azotioprin, furosemid, östrojen preparatları, steroidler, sülfonamidler.. gibi) bağlı ve idiyopatik pankreatit de görülebilirken alkole bağlı pankreatit oldukça nadir olarak görülür (2,3).

Bu vaka takdiminde, 22. gebelik haftasında hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit atağı geçiren ve yapılan tetkikler neticesinde familial hipertrigliseridemi tip 4 tespit edilen bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

Mayıs 2001'de 23 yaşında, gebelik 2, doğum 1, yaşayan 0, ve 22 haftalık gebelik tanıları olan hasta iştahsızlık, bulantı, kusma ve epigastriumdan başlayıp her iki üst kadrana yayılan ve sırta vuran karın ağrısı şikayetleriyle Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvurdu.

Hastanın anamnezinden anne ve babasının amca çocukları olduğu ve annesinin de 3 yıl önce hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit geçirip bu yüzden opere olduğu, ablasında da zaman zaman karın ağrısı atakları olduğu öğrenildi. Hastanın birinci gebeliğinde de yine böyle bir pankreatit atağı sonrasında 8 aylık bebeğini intrauterin olarak kaybettiği anlaşıldı.

Hastanın genel fizik muayenesinde TA 100/60 mmHg nb 82/dk, ateş 37,3 °C idi. Batın muayenesinde epigastrik

bölgede daha fazla olmak üzere karında yaygın hassasiyet mevcuttu. Defans ve rebound yoktu.

Pelvik muayenesinde eksternal os parmak ucu internal os kapalıydı. Hastanın ultrasonografik incelemesinde 22 haftalık fetus saptandı. Fetusun ölçüleri son adet tarihiyle uyumlu olup amnion mayisi normal sınırlar içindeydi. Fetusun ultrasonografik olarak yapılan anomali taramasında herhangi bir anomaliye rastlanmadı.

Hastanın labaratuvar değerlerinden beyaz küre 18.000 K/uL, kırmızı küre 3.58 10e6/uL, hemoglobin 14.1g/dL, hematokrit %35.6, trombosit sayısı 167 10e3/uL, sedimentasyon hızı 88 mm/saat, glukoz 135 mg/dL, total kolestrol 409 mg/dL, trigliserit 1583 mg/dL, amilaz 134 u/L, lipaz 190 u/L, SGOT 50 u/L, SGPT 48 u/L, LDH 484 u/L, kalsiyum 11.6 mg/dL, serum amilaz/kreatinin klirensi %5 idi. Lipoprotein elektroforezinde yalnız prebeta (VLDL) bandında artış görüldü. Yakınlarının lipit değerleri incelendiğinde anne, abla ve ağabeyinin de trigliserit-kolestrol değerleri benzer yükseklikteydi. "Lactesan testi" nde plazma krema şeklindeydi. Hastanın batın ultrasonografisinde pankreasın hafif ödemli ve peripankreatik bölgede minimal serbest mayii izlendi.

Hastaya doğuma kadar destek tedavisi olarak yağdan fakir diyet, "Pankreatin 170 mgr + dimetilpolisiloksan 80 mgr" 3x1/gün (Pankreoflat draje, Dr. F. Frik, İstanbul), multivitamin ve mineral 1x1/gün (Supradyn draje, Roche, İstanbul) verildi. Hastanın genel durumu 15 gün içerisinde düzeldi.

Hasta 34. haftaya kadar 2 haftalık kan lipid profili kontrolü ve aylık ultrasonografi, 34. haftadan sonra da haftalık NST (Non Stress Test) ve 2 haftalık USG (Ultrasonografi) ve 2 haftalık kan lipid profili ile miada kadar takip edildi.

38. gebelik haftasında hasta, spontan ağrılarının başlaması nedeni ile kliniğimize başvurdu ve normal doğum ile 1.dk apgarı 8(sekiz) ve 5. Dk apgarı 9 (dokuz) olan 2900gr canlı erkek bebek doğurdu.

Tartışma

Gebelikte 1/1000-1/11.000 oranında saptanan akut pankreatitin ayırıcı tanısında kolesistit, peptik ülser, intestinal obstrüksiyon veya perforasyon, preeklampsi, apandisit, myokard enfarktüsü ve aort diseksiyonu düşünülmelidir. Akut pankreatitin etiolojisinde, alkol kullanımı, kolelitiazis, hiperparatroidizm, hipertrigliseridemi ve çeşitli ilaçlar (tiazid diüretikler, tetrasiklinler, azotioprin, furosemid, östrojen preparatları, steroidler, sülfonamidler.. gibi) sorumlu tutulmuştur (2,3). Bizim olgumuzda da yapılan lipoprotein elektroforezi, "Lactesan testi" ve Labaratuvar tetkikleri sonucunda hastada familial hipertrigliseridemi tip 4 saptandı ve pankreatit atağının hipertrigliseridemiye bağlı olduğu düşünüldü.

Akut pankreatitli olgulardaki semptomların başında üst kadranlarda ağrı veya epigastriumda olan ve sırta yayılan ağrı, bulantı, kusma ve distansiyon görülebilir. Fizik muayene bulgusu olarak ise hafif olgularda özellikle epigastrium ve üst kadranlarda hassasiyet görülürken periton irritasyon bulguları genellikle görülmez. Ancak ağır olgularda epigastrium ve üst kadranlardaki hassasiyete ek olarak periton irritasyonu bulguları, ileus, yüksek ateş, konfüzyon ve taşikardi ve çok ağır olgularda ise hipovolemik şok bulguları görülebilir. Labaratuvar bulguları olarak hiperglisemi, hipokalsemi, lökositoz, karaciğer enzimlerinde artış, hematokritte ve hemoglobinde hemokonsantrasyona bağlı yalancı artış, kan üre azotunda artış, arterial parsiyel oksijen basıncında azalma, serum amilaz ve lipaz değerlerinin progresif olarak yükselmesi görülebilir (1). Serum amilazındaki artış olayın başlangıcında 6-12 saat sonra pik değerlere ulaşır (2). Serum amilazının yükseklik düzeyi hastalığın şiddeti ile uyumlu değildir (1). Pankreatitin kesin tanısı amilaz/kreatinin klirensi oranı ile konur (2). Bu oran normalde %1-4 arasında değişirken akut pankreatit gelişen olgularda artar. Normalde bu oran gebelikte düşer, 1. trimesterin sonunda %2.3 iken termde %2.8'dir (4). Serum lipaz değeri de amilaz değerinde olduğu gibi bu olgularda artar. Ancak serum lipaz düzeyi serum amilaz düzeyi normale döndükten sonra bile bazen yüksek kalarak geç dönemdeki tanıda yararlı olabilir (1).

Bizim olgumuzda semptom olarak iştahsızlık, bulantı, kusma ve epigastriumlardan başlayıp üst kadranlara yayılan ve sırta vuran ağrı mevcuttu. Fizik muayene bulgusu olarak ise özellikle epigastriumda olmak üzere karında yaygın bir hassasiyet ve subfebril ateş mevcuttu. Labaratuvar bulgusu olarak beyaz küre 18.000 K/uL, hemoglobin 14.1g/dL, hematokrit %35.6, glukoz 135 mg/dL, total kolestrol 409 mg/dL, trigliserit 1583 mg/dL, amilaz 134 u/L, lipaz 190 u/L SGOT 50 u/L, SGPT 48 u/L, LDH 484 u/L, serum amilaz/kreatinin klirensi %5 olarak saptandı. Yapılan lipoprotein elektroforezi, "Lactesan testi" ve Labaratuvar tetkikleri sonucunda hastada familial hipertrigliseridemi tip 4 saptandı ve pankreatit atağının hipertrigliseridemiye bağlı olduğu düşünüldü.

Akut pankreatitin tanısında görüntüleme yöntemlerinden ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntülemeyen yararlanılabilir. Gebelikte bu yöntemlerden hastaya en uygun olanı ultrasonografidir (4). Bu olguda da hastaya batın ultrasonografisi yapıldı. Batın ultrasonografisinde pankreasın hafif ödemli ve peripankreatik bölgede minimal serbest mayii izlendi.

Gebelikte akut pankreatit tedavisi gebe olmayan olgulardaki gibidir (5). Gebede pankreatitin tedavisi öncelikle medikaldır ve hastaların yaklaşık %90'ını bu tedaviye cevap verir (3). Medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda, safra kanalı hastalıklarında, apse formasyonunda, hızlı

büyüyen pseudokist ve kontrol edilemeyen kanama gibi komplikasyonlar da cerrahi müdahale gerekir (3,6).

Akut pankreatitin medikal tedavisi büyük ölçüde destekleyici tedaviye dayanır. Akut pankreatitin medikal tedavisinde volüm replasmanı, nasal oksijen, uygun analjezikler, nasogastrik dekompresyon, kalsiyum ve magnezyum replasmanı, hipertrigliseridemiye bağlı pankreatit ataklarında bunlara ek olarak yağdan fakir diyet, total parenteral nutrisyon, heparin ve lipoprotein aferezi denenebilir (4).

Bu olguda hastaya konservatif tedavi uygulandı. Hastaya akut dönemde intravenöz mayii replasmanı, nasogastrik dekompresyon ve nazal oksijen verildi. Akut dönem sonrası tedaviye yağdan fakir diyet, Pankreatin 170 mgr + dimetilpolisiloksan 80 mgr 3x1/gün, multivitamin ve mineral 1x1/gün ile devam edildi.

Pankreatitin şiddeti değişiklik gösterir. Sıklıkla kendi kendini sınırlar ve tıbbi tedaviye cevap verir. Maternal mortalite hızı %5-15'dir (2). Ancak, Wilkinson bu hızı %37 olarak rapor etmiştir. Perinatal mortalite, annedeki hastalığın şiddeti ile korelasyon gösterir. Hafif olgularda normal popülasyondan farklı değilken şiddetli olgularda %40'lara ulaşır (6).

Hastamızın genel durumu medikal tedavi ile 15 gün içerisinde düzeldi. Tedavi sonrası anne ve bebekte mortalite ve morbidite saptanmadı.

Sonuç olarak kontrol altına alınamayan hipertrigliseridemi olgularda gebelikte pankreatit atağı görülebilir. Ailesinde dislipoproteinemisi olan olgularda gebeliğin

erken dönemlerinde özellikle plazma trigliserit değerleri ölçülmeli ve gebeliği boyunca sıkı takip edilmelidir. Ani başlayan, şiddetli, sürekli epigastrik ağrı şikayeti olan ve pankreatit için risk faktörlerinden birini taşıyan gebelerde akut pankreatit mutlaka akla getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Çalungu S, Gündoğdu S, Paker T, Paker N, Siva A, Şişmanoğlu M, Tuzcu M, Tuzcu S, Ülkü U. Pankreas. Cecil Essentials of Medicine, 3. Baskı, Yüce yayınları, İstanbul 1995; 313-5.
2. Malatyahoğlu E, Kökçü A. Gebelikte Akut Karın. Sendrom Aralık 1997;58-70.
3. Özenç A, Koloğlu M. Gebelik ve Cerrahi Hastalıklar. In: Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu SL, eds. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara: Güneş Kitabevi, 1996: 412-3.
4. Fields K, Barkin JS, Pancreatic Disease. In: Buttino L, Elkayam U, Evans MI, Galbraith RM, Gall SA, Sibai BM, Gleicher, eds. Principles & Practice of Medical Therapy in Pregnancy, 3rd ed, Stamford: Appleton & Lange 1998:1142-6.
5. Coyne BA. Obstetric and surgical complications of pregnancy. In Brown JS, Crombleholme WR. Handbook of Gynecology Obstetrics. 1. Edt, Connecticut, Appleton Lange 1993;363-79.
6. Boothby R. Acute abdominal pain in pregnancy. Benrubi GI Obstetric and Gynecologic Emergencies. Philadelphia: JB Lippincott, 1994: 25.

Geliş Tarihi: 14.01.2002

Yazışma Adresi: Dr.Çetin ÇELİK
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
Akyokuş, 42080, KONYA
celikcet@hotmail.com