



GEBELİKTE PANKREAS HASTALIKLARININ YÖNETİMİ

Mehmet Kürşad KESKİN¹

GİRİŞ

Hamilelik sırasında meydana gelen birincil pankreas adaptasyonlarından biri, glikoz metabolizması ile ilgilidir. Hamilelik ilerledikçe, büyüyen fetüs, artan miktarda anne glikozunu plasentaya yönlendirir. Bu fetal glukozu dengelemek için plasenta, insan plasental laktojeni ve insan plasental büyüme hormonu gibi annenin insülin direncini ve hepatik glukoz üretimini artıran hormonlar salgılar. Böylece anne dolaşımındaki glukoz seviyelerini yükseltir ve glukoz gradientine bağlı insülin direncine ikincil olarak, beta hücre kütesinde kompanzatri bir artış olur. Bu beta hücre hipertrofinin kesin mekanizması belirsizdir. Ancak daha önce plasental laktojenlerin ve prolaktinin artan adacık kütesini ve beta hücre proliferasyonunu kolaylaştırdığı gösterilmiştir. Beta-hücre hipertrofi meydana geldikçe, glukoz ile uyarılan insülin sekresyonu için daha düşük bir eşik gelişir. Bu durum, normal plazma glikoz seviyelerini koruyarak hamileliğin ilerleyen dönemlerinde insülin direncini dengeleyecektir. Birkaç hayvan çalışması, hamilelik sırasında beta hücre genişlemesi veya işlevi telafi edemediğinde, gestasyonel diyabetin ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Endokrin pankreastan farklı olarak, ekzokrin pankreas işlevi hamilelikte önemli ölçüde değişmez. Hamilelikte sağlıklı

kadınlarla ilgili ileriye dönük çalışmalar, hamile olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında serum amilaz ve lipaz seviyelerinde herhangi bir önemli değişiklik göstermemektedir.

GEBELİKTE PANKREAS EKZOKRİN HASTALIKLARI:

Pankreas bozuklukları üreme çağındaki kadınların çoğunda ve hamilelik sırasında nadirdir. Bununla birlikte, artan anne yaşı eğilimi ve diyabet veya hipertansiyon gibi eşlik eden tıbbi komorbiditelerin daha yüksek olasılığı göz önüne alındığında, özellikle akut pankreatit (AP) olmak üzere gebelikte teşhis edilen pankreas hastalıklarının sıklığı artmaktadır.

Akut Pankreatit:

Hamilelik sırasında AP, tahmini insidans oranı 1000 ila 10.000 gebelikte 1 vaka olan nadir bir hastalıktır. Gebelikte bildirilen AP olgularının yarısından fazlası (%53) üçüncü trimesterde görülmektedir. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde artan insidans, gebelikte safra taşı hastalığının artan sıklığına paraleldir. Alkole bağlı komplikasyonlar gebe olmayan hastalarda AP'nin en sık nedenidir. Bununla birlikte, hamilelik sırasında safra taşı pankreatiti açık ara en yaygın etiyolojidir.

¹ Uzm. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD., mkursadkeskin@uludag.edu.tr

Pankreas kanserleri, rezeke edilebilir, lokal olarak ilerlemiş/rezeke edilemez veya metastatik olarak kategorize edilir. Bu değerlendirme evreleme BT taramasına dayanır ve vasküler tutulumun lokal yapılarına metastazın varlığı veya yokluğu ile belirlenir. Tanı anında hastaların sadece %15 ila %20'si rezektabl hastalığa sahiptir. Sadece rezektabl olarak sınıflandırılan tümörü olanlar cerrahi için adaydır. Lokal olarak ilerlemiş veya metastatik kanseri olanlar cerrahi aday değildir ve palyatif tedavi ve kemoterapi için düşünülür.

Tedavi edilmeyen lokal olarak ilerlemiş kişiler için medyan sağkalım yaklaşık 8 ila 12 aydır ve metastatik hastalığı olanlar için yaklaşık 3 ila 6 aydır. Pankreas kanserinin gebelikte tedavisi, gebelikte cerrahi veya kemoterapi kullanımı endişeleri göz önüne alındığında zor bir klinik ikilem oluşturabilir. Bu riskler, müdahale etme riskine ve hamile hasta üzerindeki etkilerine karşı tartılmalıdır. Gebelikte teşhis edilen pankreas kanseri için bir tedavi stratejisinin belirlenmesinde en belirgin 2 faktör, hastalığın evresi ve tanı anındaki gebelik yaşıdır. Pankreas kanseri ilk trimesterde teşhis edilirse, gebeliğin sonlandırılması düşünülmelidir. Tedaviyi 3 ay geciktirmek, potansiyel olarak hastalığın ilerlemesine izin verebilir ve rezeke edilebilir kanser vakaları, bu süre içinde, rezeke edilemeyen hastalığa ilerleyebilir.

Diğer obstetrik olmayan ameliyatlarda olduğu gibi, ikinci trimester, hasta aday ise rezeksiyon yapmak için idealdir. İlk trimesterde düşük yapma riskinin artması endişeleri ve üçüncü trimesterde uterusun boyutunu arttırmadan önce pankreasa daha iyi erişim nedeniyle yapılır. Bununla birlikte, obstetrik olmayan cerrahinin genel popülasyondan daha yüksek bir düşük riski oluşturmadığını gösteren çalışmalar vardır. Ameliyata devam etme kararları, uzun vadeli prognoz bağlamında alınmalıdır. Hamilelikte pankreas kanseri rezeksiyonu ile ilgili, çoğu düşük cerrahi komplikasyon riski gösteren birkaç vaka raporu vardır.

ÖZET

Sonuç olarak, pankreas bozuklukları gebelikte nispeten nadirdir, ancak sıklığı zamanla artmaktadır. Bu nedenle, hamile hastalarla klinik olarak dikkatli olunmalıdır. Bu pankreas bozukluklarının çoğu, preterm eylem veya gastroenterit gibi diğer etiyolojilere sıklıkla benzeyen belirsiz semptomlarla kendini gösterebilir. Klinik bir şüphe sıklıkla gecikmeli teşhislerini önleyebilir.

KAYNAKLAR

1. Huang C, Snider F, Cross JC. Prolactin receptor is required for normal glucose homeostasis and modulation of beta-cell mass during pregnancy. *Endocrinology*. 2009;150:1618–1626.
2. Karsenti D, Bacq Y, Brechot JF, et al. Serum amylase and lipase activities in normal pregnancy: a prospective case-control study. *Am J Gastroenterol*. 2001;96:697–699.
3. Igbinsosa O, Poddar S, Pitchumoni C. Pregnancy associated pancreatitis revisited. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2013;37:177–181.
4. Tang M, Xu JM, Song SS, et al. What may cause fetus loss from acute pancreatitis in pregnancy: analysis of 54 cases. *Medicine*. 2018;97:e9755.
5. Tang SJ, Rodriguez-Frias E, Singh S, et al. Acute pancreatitis during pregnancy. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8:85–90.
6. Wilcox CM, Varadarajulu S, Eloubeidi M. Role of endoscopic evaluation in idiopathic pancreatitis: a systematic review. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:1037–1045.
7. Everson GT, McKinley C, Lawson M, et al. Gallbladder function in the human female: effect of the ovulatory cycle, pregnancy, and contraceptive steroids. *Gastroenterology*. 1982;82: 711–719.
8. Ko CW, Beresford SA, Schulte SJ, et al. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. *Hepatology*. 2005;41:359–365.
9. Date RS, Kaushal M, Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. *Am J Surg*. 2008;196: 599–608.
10. Hernandez A, PetrovMS, Brooks DC, et al. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year single center experience. *J Gastrointest Surg*. 2007;11:1623–1627.

11. Sedaghat N, Cao AM, Eslick GD, et al. Laparoscopic versus open cholecystectomy in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* 2017;31:673–679.
12. Inamdar S, Berzin TM, Sejjal DV, et al. Pregnancy is a risk factor for pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography in a national cohort study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14:107–114.
13. Desoye G, Schweditsch MO, Pfeiffer KP, et al. Correlation of hormones with lipid and lipoprotein levels during normal pregnancy and postpartum. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987;64:704–712.
14. Padmanabhan A, Connelly-Smith L, Aqui N, et al. Guidelines on the use of therapeutic apheresis in clinical practice—evidence-based approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: the eighth special issue. *J Clin Apher.* 2019;34:171–354.
15. Huang C, Liu J, Lu Y, et al. Clinical features and treatment of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis during pregnancy: a retrospective study. *J Clin Apher.* 2016;31:571–578.
16. Scheiman JM, Hwang JH, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the diagnosis and management of asymptomatic neoplastic pancreatic cysts. *Gastroenterology.* 2015;148: 824.e822–848.e822.
17. Herring AA, Graubard MB, Gan SI, et al. Mucinous cystadenocarcinoma of the pancreas during pregnancy. *Pancreas.* 2007;34:470–473.
18. Wiseman JE, Yamamoto M, Nguyen TD, et al. Cystic pancreatic neoplasm in pregnancy: a case report and review of the literature. *Arch Surg.* 2008;143:84–86.
19. Tica AA, Tica OS, Saftoiu A, et al. Large pancreatic mucinous cystic neoplasm during pregnancy: what should be done? *Gynecol Obstet Invest.* 2013;75:132–138.
20. Khorana AA, Mangu PB, Berlin J, et al. Potentially curable pancreatic cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol.* 2016;34:2541–2556.