

Bölüm 60

GEBELİKTE SAFRA TAŞINA BAĞLI AKUT PANKREATİT: FARKLI PROGNOZLU İKİ OLGUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Mehmet ÜSTÜN⁷⁴

GİRİŞ

Akut pankreatit, gebelikte nadir görülür ve sıklığı 1/1000 ile 1/10000 arasında bildirilmiştir. Safra taşı en sık nedendir ve insidansı üçüncü trimesterde yüksektir. Hızlı progresyon, tanı ve tedavideki zorluklar, anne ve fetüsün sağlığı için tehdit oluşturur.

Günümüzde gebelikte akut pankreatite bağlı maternal mortalite oranı neredeyse % 0 , perinatal mortalite oranı ise % 0-18 arasındadır. Geçmiş çalışmalarda bildirilen oranlara kıyasla, mortalite oranlarındaki bu belirgin düşüş, tanı yöntemlerinde ki gelişmelere bağlı olarak tanının erken konmasına ve tedavi seçeneklerindeki gelişmelere bağlanabilir.

Maternal ve fetal mortalite riski nedeniyle gebelikte safra kesesi taşı kaynaklı akut pankreatit yönetimi çok önemlidir. Gebelikte safra taşına bağlı akut pankreatit tanısı olan iyi prognoz ve kötü pronoz ile seyreden iki olguyu karşılaştırmalı olarak değerlendirdik. Her iki olgunun da mortalite ve morbidite tahminleri Revize Atlanta Kriterleri (2012) (Tablo 1) ve Ranson Kriterleri (Tablo 2) 'ne göre yapıldı.

⁷⁴ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi - İzmir. dr.m.ustun@gmail.com

Öte yandan, şiddetli olguda, klinik seyir tıbbi tedaviye rağmen aşamalı olarak kötüye gidiyordu. Fetusun durumu jinekoloji tarafından değerlendirildi ve gebeliğin sonlandırılmasına karar verildi. Sezeryan sekiyo ve kolesistektomi eş zamanlı uygulandı. Olgunun prognozu kötü seyretti ve mortalite gelişti. Bebek ise yenidoğan yoğun bakım ünitesinden sorunsuz şekilde taburcu edildi.

Sonuç olarak, gebelikte safra taşına bağlı pankreatit, devam eden maternal ve fetal mortalite oranındaki düşüşe rağmen, halen daha, ciddi takip ve tedavi modalitesi gerektiren ciddi bir hastalık olamaya devam etmektedir. Takip ve tedavi planı; genel cerrahlar, jinekologlar, anesteziistler ve pediatriistler tarafından ortak şekilde düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Pitchumoni CS, Yegneswaran B. Acute pancreatitis in pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009;15:5641–6. 10.3748/wjg.15.5641
2. Eddy JJ, Gideonsen MD, Song JY, Grobman WA, O'Halloran P. Pancreatitis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2008;112:1075–81. 10.1097/AOG.0b013e318185a032
3. Ducarme G, Maire F, Chatel P, Luton D, Hammel P (2014) Acute pancreatitis during pregnancy: a review. *J Perinatol* 34(2):87–94. 10.1038/jp.2013.161
4. Bolukbas FF, Bolukbas C, Horoz M, et al. Risk factors associated with gallstone and biliary sludge formation during pregnancy. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:1150–3. 10.1111/j.1440-1746.2006.04444.x
5. Braverman DZ, Johnson ML, Kern Jr F. Effects of pregnancy and contraceptive steroids on gallbladder function. *N Engl J Med* 1980;302:362–4. 10.1056/NEJM198002143020702
6. Van Thiel DH, Gavaler JS. Pregnancy-associated sex steroids and their effects on the liver. *Semin Liver Dis* 1987;7:1–7. 10.1055/s-2008-1040558
7. Ko CW, Beresford SA, Schulte SJ, Matsumoto AM, Lee SP. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. *Hepatology* 2005;41:359–65. 10.1002/hep.20534
8. Ko CW, Beresford SA, Schulte SJ, Lee SP. Insulin resistance and incident gallbladder disease in pregnancy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:76–81. 10.1016/j.cgh.2007.10.007
9. Kayatas SE, Eser M, Cam C, Cogendez E, Guzin K. Acute pancreatitis associated with hypertriglyceridemia: a life-threatening complication. *Arch Gynecol Obstet* 2010;281:427–9. 10.1007/s00404-009-1183-0
10. Roumieu F, Ponchon T, Audra P, Gaucherand P. Acute pancreatitis in pregnancy: place of the different explorations (magnetic resonance cholangiopancreatography, endoscopic ultrasonography) and their therapeutic consequences. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;140:141–2. 10.1016/j.ejogrb.2007.10.012
11. Tang SJ, Mayo MJ, Rodriguez-Frias E, Armstrong L, Tang L, Sreen-arasimhaiah J, et al. Safety and utility of ERCP during pregnancy. *Gastrointest Endosc* 2009;69:453–61. 10.1016/j.gie.2008.05.024
12. Safari MT, Miri MB, Ebadi S, Shahrokh S, Mohammad Alizadeh AH. Comparing the Roles of EUS, ERCP and MRCP in Idiopathic Acute Recurrent Pancreatitis. *Clin Med Insights Gastroenterol* 2016;9:35–9. 10.4137/CGast.S37927
13. Di MY, Liu H, Yang ZY, Bonis PA, Tang JL, Lau J. Prediction Models of Mortality in Acute

- Pancreatitis in Adults: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2016;165:482–490. 10.7326/M16-0650
14. İnanç Şamil Sarıcı, Mustafa Uygur Kalaycı. Management of Gallstone-Induced Acute Pancreatitis in Pregnancy: A Tertiary-Center Experience. *Med Bull Sisli Etfal Hosp* 2018;52(2):92–96 10.14744/SEMB.2017.60490
 15. Mourad MM, Evans R, Kalidindi V, Navaratnam R, Dvorkin L, Bram-hall SR. Prophylactic antibiotics in acute pancreatitis: endless de-bate. *Ann R Coll Surg Engl* 2017;99:107–112. 10.1308/rcsann.2016.0355
 16. Baltatzis M, Mason JM, Chandrabalan V, Stathakis P, McIntyre B, Jegatheeswaran S, et al. Antibiotic use in acute pancreatitis: An audit of current practice in a tertiary centre. *Pancreatology* 2016;16:946–951. 10.1016/j.pan.2016.08.012
 17. Stimac, D. and Stimac, T. (2011) Acute pancreatitis during pregnancy. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 23, 839-844. /10.1097/MEG.0b013e328349b199
 18. Tenner, S., Baillie, J., DeWitt, J. and Vege, S.S. (2013) American College of Gastroenterology guideline: Management of acute pancreatitis. *American Journal of Gastroenterology*, 108, 1400-1415.10.1038/ajg.2013.218
 19. Jain, V., Yegneswaran, B. and Pitchumoni, C.S. (2009) Biliary pancreatitis in pregnancy. *Practical Gastroenterology*, 33, 16-30
 20. Barone JE, Bears S, Chen S, et al. Outcome study of cholecystectomy during pregnancy. *Am J Surg*. 1999;177:232–236. 10.1016/S0002-9610(99)00007-0
 21. Chiappetta Porras LT, Napoli ED, Canullan CM, et al. Minimally invasive management of acute biliary tract disease during pregnancy. *HPB Surg* 2009;2009:829020. 10.1155/2009/829020