

BÖLÜM 33

GEBEDE TEKRARLAYAN AKUT PANKREATİT

Muhammet KOCABAŞ¹

GİRİŞ

Akut pankreatit (AP), pankreasın akut inflamasyonu ile karakterize olan, hafif ödematöz formdan şiddetli nekrotizan forma kadar değişebilen geniş bir klinik spektrumda seyreden bir hastalıktır (1,2). Gebelikte görülmesi nadir olmakla birlikte, 1/1000–1/5000 sıklığında rapor edilmiştir (3,4). Etiyolojide en sık neden safra taşı olup, gebelerde görülen AP olgularının yaklaşık üçte ikisinden sorumludur (5,6). Gebelikte artan östrojen ve progesteron düzeyleri safra stazına yol açarak kolelitiazis riskini artırmakta, safra taşlarının koledok ve pankreatik kanal obstrüksiyonuna neden olması sonucu biliyer pankreatit gelişebilmektedir (7).

Biliyer nedenleri alkol kullanımı ve hipertrigliseridemi takip etmekte, daha nadir olarak ilaçlar, travma, preeklampsi ve gebeliğin akut yağlı karaciğeri bildirilmektedir (8,9). Gebelikte AP için risk faktörleri arasında safra taşı hastalığı, obezite, hipertrigliseridemi, alkol kullanımı ve yüksek yağlı diyet öne çıkmaktadır (5). Hastalık gebeliğin her trimesterinde görülebilse de en sık üçüncü trimesterde ortaya çıkar (5).

AP, gebelerde nadir görülmesine rağmen hem maternal hem de fetal mortalite açısından ciddi riskler taşımaktadır. Maternal mortalite oranı %3,3, fetal mortalite oranı ise %11,6–18,7 arasında değişmektedir (4,10). Tanı ve tedavi sürecinde gebelikteki fizyolojik ve anatomik değişiklikler, radyolojik görüntüleme-

¹ Uzm. Dr., Eskişehir Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji BD., muhammetkocbs@gmail.com, ORCID iD: 0009-0009-1119-6022

bu durum da AP etiyolojisini belirlemede güçlüklerle neden olmuştur. Bu vaka kontrastlı görüntülemeler hakkında fetus ve anne sağlığı hakkında toplum bilgilendirmelerine ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Gebelik ilişkili akut pankreatit çoğunlukla biliyer nedenlere bağlı gözlenmektedir ve tedaviye erken başlandığında komplikasyon oranı düşük seyretmektedir. Vaka tekrarlayan ataklar şeklinde seyretmiş ve gebeliğin sezaryen ile sonlandırılmasının ardından AP atağı gerilemiştir. Erken kolesistektomi ve ERCP akut biliyer pankreatit atağı sonlandıktan sonra yeni atakları önlemek için öncelikli seçenektir. Gebelik sırasında kolesistektomi için ikinci ve üçüncü trimester seçilebilir; fakat preterm doğum riskinin en az olduğu ikinci trimester daha güvenli kabul edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Clinical manifestations, diagnosis, and natural history of acute pancreatitis – UpToDate. Accessed August 27, 2025. https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-natural-history-of-acute-pancreatitis?search=pankreatit&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Gardner, T. B. (2022). Acute pancreatitis. In T. C. Wang, M. Camilleri, B. Lebwohl, A. S. Lok, W. J. Sandborn, K. K. Wang, & G. W. Wu (Eds.), *Yamada's textbook of gastroenterology* (7th ed., Chapter 74). John Wiley & Sons Ltd.
3. Magudapathi C, Shanthi S, Palanisamy R. Pancreatitis in Pregnancy: Case Series for 5 Years. *J Obstet Gynaecol India*. 2020;70(2):169-172. doi:10.1007/s13224-019-01267-7
4. Luo L, Zen H, Xu H, et al. Clinical characteristics of acute pancreatitis in pregnancy: experience based on 121 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;297(2):333-339. doi:10.1007/s00404-017-4558-7
5. Eddy JJ, Gideonsen MD, Song JY, Grobman WA, O'Halloran P. Pancreatitis in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2008;112(5):1075-1081. doi:10.1097/AOG.0b013e318185a032
6. Pitchumoni CS, Yegneswaran B. Acute pancreatitis in pregnancy. *World J Gastroenterol*. 2009;15(45):5641-5646. doi:10.3748/wjg.15.5641
7. Vege SS. Acute Pancreatitis. In: Mark F, Lawrence SF, Lawrence JB (Eds). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 11th Edition. Canada: Elsevier; 2021: 893-916.
8. De Chalais TM, Michell WL, Berger GM. Hyperlipidemia, pregnancy and pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet*. 1988;167(6):469-473.
9. Wilkinson EJ. Acute pancreatitis in pregnancy: a review of 98 cases and a report of 8 new cases. *Obstet Gynecol Surv*. 1973;28(5):281-303.
10. Hughes DL, Hughes A, White PB, Silva MA. Acute pancreatitis in pregnancy: meta-analysis of maternal and fetal outcomes. *Br J Surg*. 2021;109(1):12-14. doi:10.1093/bjs/znab221
11. Tobola J, Němec M, Bieliková P. Acute recurrent pancreatitis during 3rd trimester of pregnancy. *Ceska Gynekol*. 2023;88(1):17-19. doi:10.48095/cccg202317
12. Vilallonga R, Calero-Lillo A, Charco R, Balsells J. Acute pancreatitis during pregnancy, 7-year experience of a tertiary referral center. *Cirugia Espanola*. 2014;92(7):468-471. doi:10.1016/j.ci-resp.2013.12.016
13. Xu Q, Wang S, Zhang Z. A 23-year, single-center, retrospective analysis of 36 cases of acute pancreatitis in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2015;130(2):123-126. doi:10.1016/j.ijgo.2015.02.034

14. Turhan AN, Gönenç M, Kapan S, et al. Acute biliary pancreatitis related with pregnancy: a 5-year single center experience. *Ulus Travma Ve Acil Cerrahi Derg Turk J Trauma Emerg Surg TJTES*. 2010;16(2):160-164.
15. Sumbizi C, Obwar A, Rofaail B, Fidaali Z, Ali A, Mwanga A. Simultaneous endoscopic and laparoscopic management of acute biliary pancreatitis in the second trimester of pregnancy: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2025;133:111589. doi:10.1016/j.ijscr.2025.111589
16. Charlet P, Lambert V, Carles G. (Acute pancreatitis and pregnancy: Cases study and literature review). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015;44(6):541-549. doi:10.1016/j.jgyn.2014.08.002
17. Shimosegawa T, Chari ST, Frulloni L, et al. International consensus diagnostic criteria for autoimmune pancreatitis: guidelines of the International Association of Pancreatology. *Pancreas*. 2011;40(3):352–358.
18. Bertin C, Pelletier AL, Vullierme MP, et al. Pancreas divisum is not a cause of pancreatitis by itself but acts as a partner of genetic mutations. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(2):311–317.