

# Gebelik ve Akut Pankreatit

Hacer UYANIKOĞLU<sup>1</sup>, Ahmet UYANIKOĞLU<sup>2</sup>, Necati YENİCE<sup>2</sup>

Özel Ortadoğu Sağlık Merkezi, <sup>1</sup>Kadın Doğum Kliniği, Şanlıurfa  
Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, <sup>2</sup>Gastroenteroloji, Şanlıurfa

**G**ebelikte akut pankreatit sık rastalanan bir durum olmamasına rağmen maternal ve fetal morbidite ve mortalite sebebi olabileceğinden, tanı, takip ve tedavi özellik göstermektedir. Bu yazıda gebelik ve akut pankreatit insidansı, ilişkisi, tanısı, takip ve tedavisi sunulmuştur.

## İNSİDANS

Akut pankreatit (AP) gebelerde oldukça nadirdir. Değişik kaynaklarda değişik sıklıklar bildirilmiştir; 10.000 gebede 3; 1.000-3.000 gebelikte 1, 1.000-12.000 gebelikte 1 gibi (1-5). Gebelikte AP'in en sık 3. trimesterde (%80) görüldüğü bildirilmiştir (6).

Eddy JJ ve arkadaşları 10 yıllık sürede, 305.101 doğumda 101 hastada pankreatit görüldüğünü, insidansının 1/3.021 (%0.03) olduğunu, bu seride maternal ölüm görülmezken, perinatal mortalite oranının %3.6 olduğunu, 101 hastadan 89'unun AP, 12'sinin kronik pankreatit olduğunu bildirmiştir (7).

## ETYOLOJİ

Gebelikte AP'in en sık etyolojik nedeni safra kesesi taşı hastalığı, 2.sıklıkla hipertrigliseridemi (1-4). Benzer şekilde orta ve ciddi şiddetli AP'in de en sık nedenleri biliyer ve hiperlipidemik AP 'tir (8).

Çorbacioğlu Esmer A ve arkadaşlarının 14 hastalık serisinde gebelerde görülen AP'in %50'sinde etyolojik neden (7/14) safra

taşı, %28.5'inde (4/14) hipertrigliseridemi idi. Geri kalan üç olguda ise etyoloji hiperkalsemi, preeklampsi ve idiyopatikti (9).

Safra kesesi taşı (kolelityazis) için en önemli risk faktörleri: yaş, kadın cinsiyet, gebelik ve obezitedir (10). Othman M ve arkadaşlarının 112 safra kesesi taşı olan gebe hastayı incelediği çalışmada, ortalama yaş 25 olup, bu hastalardan 56'sı biliyer kolik, 27'si biliyer pankreatit, 17'si kolesistit, 12'si koledokolityazis ile prezente olmuştur (11).

Gebelik esnasında komplike safra kesesi taşı (kolesistit, koledokolityazis veya biliyer pankreatitli) olan 56 gebenin incelendiği 10 yıllık başka bir seride, hastaların %42.9'u 2. trimesterde müracaat etmiştir. Hastaların 30'unda koledokolityazis saptanmıştır (12). Gebelerde yüksek yağlı diyet, kolelityazisin yanı sıra daha az sıklıkla hiperkalsemi, preeklampsi gibi nedenler AP'i tetiklemektedir (9, 13).

## TANI

AP özellikle de ciddi akut pankreatit gebelikte nadirdir, ancak AP ve komplikasyonlarının gebelerde tanı ve tedavisi zordur. Gebe kadınlarda akut karın ağrısı olduğunda, erken tanı ve AP'in ciddiyetinin saptanması çok önemlidir. AP'in gebelikte tanısı klinik prezentasyona, laboratuvar testlerine ve görüntülemeye dayanır (14-16).

## KLİNİK

Hafif formdan ağır forma kadar geniş bir klinik spektrum gösterebilir. Nekroz, apse, psödokist ve multiorgan yetmezliği sendromu gelişebilir (1-4).

En sık şikayetler karın ağrısı (%90) ve kusma (%70)'dir (6).

Gebe kadında akut karın ağrısında AP erken tanısı ve ciddiyetinin saptanması çok önemlidir (16). Gebe bir kadın akut cerrahi karın tablosu ile başvurduğunda, hastalığın hem tanısı güçleşir, hem de uygulanacak tedavi girişimleri değişir. Gebelik sırasında normal olarak ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler, belki de cerrahi bir girişim gerektiren klinik tablonun hem klinik belirtilerinin, hem de fizik muayene bulgularının değişmesine yol açacaktır (17).

AP'in en sık etyolojik nedeni safra kesesi taşı genellikle 3. trimesterde veya erken post-partum dönemde, ciddi epigastrik ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık ve ateşle prezente olur (4).

Hastalarda özgeçmiş ve aile özgeçmiş önemlidir, tanıda yol gösterici olabilir. Ailesel hipertrigliseridemi ve akut pankreatiti olan 23 yaşında gebenin sunulduğu olgu sunumunda hastanın 22. gebelik haftasında bulantı, kusma ve epigastrium ağrısı ile prezente olduğu ve hikayesinde hastanın ailesinde hipertrigliseridemiye bağlı geçirilmiş akut pankreatit öyküsü bildirilmiştir (18).

Gebelikte non-biliyer AP'in en sık nedeni hiperlipidemidir ve hiperlipidemiyeye bağlı AP tanısı ve tedavisinde bazı önemli farklılıklar vardır. Gebeliğe bağlı fizyolojik değişikliklerin tanıyı maskeleyen gibi nedenlerle AP tanısı kolayca gözden kaçabilir. Peritonite bağlı uterin kontraksiyonlar, olgunun erken doğum tehdidi olarak algılanmasına yol açabilir. AP tanısında gecikme, kliniğin ağırlaşmasına yol açarak, hem fetal hem de maternal prognozu olumsuz etkileyebilir (19).

## LABORATUVAR

Safra kesesi taşında (kolelityazis) kolesistit veya kolanjit geliştiğinde lökositoz ve karaciğer enzimlerinde yükselme görülür (4). Biliyer AP'te lökositoz, amilaz ve lipaz yüksekliği en sık saptanan biyokimyasal bulgulardır (6). Pankreatit çoğunlukla akut ve biliyer kaynaklı olmasına rağmen, nonbiliyer AP daha kötü seyrettiği için trigliserid, kalsiyum düzeyleri istenmelidir (9).

## GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

Safra taşları için ultrasonografi güvenli olmakla birlikte, bilgisayarlı tomografiden daha düşük sensitivitededir (4). Klinik semptomlar, laboratuvar ve ultrasonografi ile kesin tanı konulamazsa seçilecek yöntem endoskopik ultrasonografidir. Endoskopik ultrasonografi, Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) öncesi aynı seansta yapılmalıdır, anne ve fetus için güvenlidir. Bununla beraber floroskopi kılavuzluğunda uygulandığında, radyasyon maruziyet riski vardır. Gebelerde ERCP deneyimli endoskopistler tarafından çok dikkatli yapılmalıdır (20). ERCP ile ilgili bilgiler tedavi ve takip kısmında anlatılmıştır.

## TEDAVİ ve TAKİP

Tedavi stratejisi gebe olmayanlar gibi olmasıyla beraber, gastroenterolojist, gastrointestinal cerrah, radyolog, obstetrisyen ve yoğun bakım doktorundan oluşan multidisipliner takım kurulmalıdır (6). Gebelikte ilişkili AP genellikle hafif ile orta derecede bir klinik seyir ve yüz güldürücü sonuçlara sahip, konservatif tedavinin başarı ile uygulanabileceği bir hastalıktır (15). AP'te tedavi konservatif veya cerrahidir ve gebede standart algoritm hafifçe modifiye edilir (5). AP'te konservatif kapsamlı bir tedavi ile gerektiğinde yoğun bakım takibi önerilmiştir. Cerrahi girişim mümkün olduğunca geç uygulanmalıdır (16). Medikal ve cerrahi tedavi kararı hastaya göre karar verilmelidir, özgeçmiş, gestasyonel yaş, konservatif tedaviye yanıtı göre bu karar alınmalıdır (21). Akut biliyer pankreatitin hafif ve orta şiddetli olduğu olgularda, gebeler konservatif tedavi ile başarılı bir şekilde takip edilebilir (15). Ciddi AP'te endoskopik girişim, cerrahi ve peritoneal drenaj gerekebilir, mümkün olan en erken dönemde gebelik sonlandırılmalıdır (13, 14).

Biliyer AP'te tartışmalı bir konu ERCP yapılıp yapılmaması ve ERCP riskleri ile ilgilidir. Genel anlamda endoskopinin riskleri yanı sıra anneye verilen medikasyon, elektrokoagülasyon ve ERCP'de floroskopiden radyasyon maruziyeti fetusa zararlı olabilir. Endoskopi endikasyonunun çok güçlü olduğunda yapılması, medikasyonda FDA'nin ve A ve B kategorisindeki ilaçlara izin verilmesi önerilmiştir (22). ERCP'nin biliyer AP'li gebelerde etkili ve güvenli olduğunu bildiren çalışmalar olmasına rağmen, fetal radyasyon maruziyeti önemli bir problemdir. ERCP gebelikte güvenli bir şekilde yapılabilir.

Gebelikte yapılan ERCP tüm hastalarda olduğu gibi spesifik bir tedavi olmasına rağmen, genel popülasyona göre daha yüksek oranda post-ERCP pankreatitine neden olduğu bildirilmiştir (23-27).

Kolelityazisli genç hastalarda en önemli komplikasyonlar kanal taşları ve akut pankreatittir. 35 gebe hastaya ERCP ve sfinkterotomi uygulanmış (14 birinci, 11 ikinci, 10 üçüncü trimester), 2 hastada kanama, 2 hastada post-ERCP AP, 1 hastada kolesistit ve 1 hastada fatal akut solunum yetmezliği sendromu komplikasyonu gelişmiştir. ERCP modifiye teknikle gebelikte güvenli olduğu, fetal radyasyon maruziyeti için ölçümün gereksiz olduğu bildirilmiştir (10).

Biliyer AP'te kolesistektomi zamanı tartışmalıdır. Turhan AN ve arkadaşlarının çalışmasında Ocak 2005 ile Ocak 2010 tarihleri arasında genel cerrahi kliniğinde gebelik ile ilişkili biliyer AP tanısı ile takip ve tedavisi yapılan 27 hastanın tıbbi kayıtları gözden geçirilmiş, 25'inin (%93) puerperal dönemde ve ikisinin (%7) gebelik döneminde olduğu saptanmıştır. On yedi hasta (%63) konservatif tedavi yapılarak ve sekiz hafta sonra kolesistektomi işlemi uygulanmak üzere taburcu edilirken, 10 hastaya (%37) ilk başvuruları sırasında taburcu edilmeden önce kolesistektomi uygulanmıştır. Erken kolesistektominin ilk trimester hariç düşünülebileceği bildirilmiştir (15). Gebelik sırasında kolelityaziste genellikle konservatif kalınır, ameliyat doğumdan sonra yapılır. Gebelikte rekürren pankreatit acil cerrahi girişimi gerektirebilir. Cerrahi için 2. trimester en güvenli dönemdir, şartlar kötüleştiğinde erken dönemde yoğun bakıma alınmalıdır (4).

Komplike safra kesesi taşı olan 56 hastadan %17.9'una antepartum kolesistektomi uygulanmıştır. Takip edilebilen 29 hastadan %35.3'ü 1 ay, %82.4'ü 3 ay içinde olmak üzere %58.6'sının postpartum semptomları devam etmiştir. Antepartum ERCP ve biliyer sfinkterotomi yapılanlarda postpartum semptom rekürrensi düşük bulunmuştur (%38.5 vs %75, p=0.07). Hastaların çoğuna antepartum kolesistektomi uygulanmamış, postpartum semptomlar sıklıkla 3 ay içinde ortaya çıkmıştır. Semptom rekürrensini ve plansız hastane yatışını önlemek için kolesistektominin antepartum veya erken postpartum dönemde yapılması önerilmiştir (12).

Ciddi hipertrigiseridemi plazmaferoz etkili olup hayatı tehdit eden komplikasyonları azaltmaktadır (28). Kaya M ve arkadaşlarının bildirdikleri çalışmada dördüncü gebeliklerinde

konjenital hipertirigliseridemiye bağlı akut pankreatit gelişen iki vakadan biri klasik tedaviye ilaveten düşük lipitli diyet ve diğeri de klasik tedaviye ilaveten düşük lipitli diyet, glukoz-insülin ve düşük molekül ağırlıklı heparinle tedavi edilmiş, her iki hasta da klinik ve laboratuvar tam düzelmeye hastaneden taburcu edilmiştir (29). Hiperlipemik AP'de düşük lipitli diyet ve ihtiyaç olunca hemofiltrasyon yapılmalıdır (13,14).

## SEYİR ve PROGNOZ

Son dekatta gebede AP sonuçları daha düzelmiş olup, mortalite %5'ten azdır (5).

AP'in seyri, komplikasyonları, fetal ve maternal morbidite ve mortalitesi pankreatitin hafif, orta veya ciddi seyretmesine göre değişmektedir. Ciddi AP genellikle 3. trimesterde görülür ve intrauterin fetal ölüm için yüksek riskli bir durumdur (30).

Çorbacıoğlu Esmer A ve arkadaşlarının gebelikte görülen AP'in maternal ve perinatal sonuçlarını değerlendirdiği çalışmada, gebelikte AP'lerin %57.2'si (8/14) hafif pankreatit, preterm doğumun sıklığı %61.5 olup maternal ölüm iki olguda gerçekleşmiştir (%14.2). Hafif pankreatit olgularında doğumların yarısından çoğu (4/7) 37. gebelik haftasından sonra gerçekleşirken, ağır pankreatit olgularının hemen hepsinde (5/6) prematür doğum meydana gelmiştir (9). Uzakdoğudan bildirilen 26 hastanın incelendiği bir seride 22 hastada hafif, 4 hastada ciddi AP saptanmış, ciddi AP'li hastalardan 2 tanesi abortusla sonlanmış, hastaların tamamı düzelmiş iken (13), 36 hastanın incelendiği diğer bir seride ise ciddi seyirli hastalardan 11 hastanın yoğun bakım ihtiyacı olmuş, 2 maternal kayıp, 4'ü abortus 12 fetal kayıp olmuştur (6).

Gebe AP'li hastalarda doğum şekli ve sezeryana hastalığın seyrine ve ciddiyetine göre karar verilmelidir. Sun Y. ve arkadaşlarının 3. trimesterde AP teşhisi konulan 16 hastayı incelediği seride 9 hafif AP'li hastadan 7'si sezaryan olmuş, bu 9 hastanın tamamı düzelmiş. Ciddi pankreatitli 7 hastadan 4'ü sezeryan olmuş, bu hastalara peritoneal irrigasyon ve drenaj uygulanmış, anneler ve bebeklerde mortalite görülmemiş. Kalan 3 hastadan birinde bebek intrauterin vefat ettiğinden induksiyonla doğurtulmuş, 2 hasta ise multiorgan yetmezliğinden vefat etmiştir (8). Uzakdoğu çalışmasında 38 hastadan 21'i sezeryan ameliyatı olmuştur (6).

Gebede AP'in en sık etyolojik nedeni olan kolelityaziste hasta yönetimi tartışmalıdır. Othman MO ve arkadaşlarının gebe

kolelityazisli 112 hastayı irdelediği çalışmada, 68 hastada konservatif kalınmış, 13 hastaya ERCP yapılmış, 27 hastaya laparoskopik kolesistektomi, 4 hastaya da ERCP ve laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. Kolelityazis ve komplikasyonların konservatif tedavisi daha sık biliyer semptomlarla ve acil müraعاتlarla ilişkili bulunmuştur. ERCP ve laparoskopik kolesistektominin gebelik sırasında alternatif güvenli yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir (11). Gebelikten bağımsız biliyer AP'lerde genel olarak kabul edildiği gibi, gebelikle ilişkili biliyer AP'lerde de, ilk trimesterde olan gebe hastalar hariç tutulmak üzere, ilk başvuruda taburculuk işlemi öncesi kolesistektomi uygulanması önerilmiştir (15).

Preeklamsi AP'e neden olabileceği gibi, akut nekrotizan AP'te preeklamsiye neden olabilir. Swank M ve arkadaşları 25 yaşında, 33 haftalık gebe hastada AP sonrası preeklamsi gelişen ve postmortem tanısı konulan bir hasta bildirmişlerdir (30).

AP'te iki ve üzeri organ yetmezliği fetal kayıpla ilişkili bulunmuştur (31).

Maternal ve fetal kaybın AP'in etyolojisi ile de ilişkili olduğu bildirilmiştir. Çorbacıoğlu Esmer A ve arkadaşlarının bildirdiği seride maternal ölüm iki olguda gerçekleşmiş (%14.2) ve bu olgularda pankreatitin etyolojisi hiperparatiroidizme sekonder hiperkalsemi ve preeklamsi olarak bildirilmiştir.

Pankreatit çoğunlukla akut ve biliyer kaynaklı olmasına rağmen, nonbiliyer nedenler daha kötü seyrettiği için kalsiyum düzeyi, trigliserid ve diğer etyolojik nedenlerin araştırılması önerilmiştir (9).

Pankreatit akut yağlı karaciğer hastalığının ölümcül komplikasyonu olarak ta görülebilmektedir. Akut yağlı karaciğer hastalığı olan tüm hastaların bu yönden izlenmesi önerilmiştir. Pankreas anormallikleri tipik olarak hepatik ve renal fonksiyon bozukluklarından sonra ortaya çıkar (32).

Sonuç olarak gebelikte AP sık görülen bir durum değildir, en sık etyolojik nedenler kolelityazis ve hiperlipidemidir, nonbiliyer AP daha kötü seyretmektedir. Tüm AP'li gebe hastalar gastroenterolog, genel cerrah, obstetrisyen ve yoğun bakım doktoru tarafından multidisipliner izlenmelidir. AP sıklıkla hafif ve orta şiddetli seyretmektedir, bu hastaların konservatif medikal tedavi ile takibi genellikle yeterli olmaktadır. Ciddi seyirli AP'te fetus ve maternal morbidite ve mortalitesi daha fazla olduğundan bu hasta grubunun erken saptanması, yoğun bakımda takibi önerilmektedir. AP'li gebe hastada ERCP ve cerrahi girişime hastanın gebelik durumu, AP'in ciddiyeti, hastalığın seyrine göre hasta bazında karar vermek gerekmektedir. Biliyer AP'te kolesistektomi ilk trimester hariç gebelikte veya postpartum erken dönemde yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Juneja SK, Gupta S, Virk SS, et al. Acute pancreatitis in pregnancy: A treatment paradigm based on our hospital experience. *Int J Appl Basic Med Res* 2013; 3:122-5.
2. Thulasidass K, Chowdhury TA. Hypertriglyceridemic pancreatitis in pregnancy: case reports and review of the literature. *JRSM Short Rep* 2013; 4:2042533313481211.
3. Igbinsola O, Poddar S, Pitchumoni C. Pregnancy associated pancreatitis revisited. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2013; 37:177-81.
4. 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.
5. Stimac D, Stimac T. Acute pancreatitis during pregnancy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011; 23:839-44.
6. 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 Technol Med Sci* 2013; 33:361-7.
7. Eddy JJ, Gideonsen MD, Song JY, et al. Pancreatitis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2008; 112:1075-81.
8. Sun Y, Fan C, Wang S. Clinical analysis of 16 patients with acute pancreatitis in the third trimester of pregnancy. *Int J Clin Exp Pathol* 2013; 6:1696-701.
9. Çorbacıoğlu Esmer A, Özürmeli 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.
10. Smith I, Gaidhane M, Goode A, Kahaleh M. Safety of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in pregnancy: Fluoroscopy time and fetal exposure, does it matter? *World J Gastrointest Endosc* 2013; 5:148-53.
11. Othman MO, Stone E, Hashimi M, Parasher G. Conservative management of cholelithiasis and its complications in pregnancy is associated with recurrent symptoms and more emergency department visits. *Gastrointest Endosc* 2012; 76:564-9.
12. Veerappan A, Gawron AJ, Soper NJ, Keswani RN. Delaying cholecystectomy for complicated gallstone disease in pregnancy is associated with recurrent postpartum symptoms. *J Gastrointest Surg* 2013; 17: 953-9.
13. Qihui C, Xiping Z, Xianfeng D. Clinical study on acute pancreatitis in pregnancy in 26 cases. *Gastroenterol Res Pract* 2012; 2012: 271925.
14. Sun L, Li W, Geng Y, et al. Acute pancreatitis in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90:671-6.
15. Türhan AN, Gönenç M, Kapan S, et al. Acute biliary pancreatitis related with pregnancy: a 5-year single center experience (Gebelikte ilişkili akut biliyer pankreatit: Tek merkezin 5 yıllık deneyimi). *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery (Ulus Travma Acil Cerrahi Derg)* 2010; 16:160-4.

16. Li HP, Huang YJ, Chen X. Acute pancreatitis in pregnancy: a 6-year single center clinical experience. Chin Med J (Engl) 2011; 124:2771-5.
17. Kapan S, Kapan M. Gebelik ve akut karın (prenancy and acute abdomen). Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2005; :84-9.
18. Çelik Ç, Gezginç K, Acar A, et al. Gebelikte akut pankreatit: Bir olgu sunumu (Acute pancreatitis in pregnancy: A case report). Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2002; 12:475-7.
19. Gür EB, Turan GA, Tatar S, et al. Gebelikte hipertrigliseridemiye 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.
20. Gottschalk U, Gottschalk E, Dietrich CF. Symptomatic choledocholithiasis during pregnancy - the role of ultrasound, ERCP and EUS. Z Gastroenterol 2011; 49:452-60.
21. Ramin KD, Ramsey PS. Disease of the gallbladder and pancreas in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2001; 28:571-80.
22. Toller A. Safety of gastrointestinal endoscopy during pregnancy. Orv Hetil 2011; 152:1043-51.
23. Yang J, Zhang X, Zhang X. Therapeutic efficacy of endoscopic retrograde cholangiopancreatography among pregnant women with severe acute biliary pancreatitis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2013; 23:437-40.
24. Zhou Y, Zhang X, Zhang X, et al. ERCP in acute cholangitis during third trimester of pregnancy. Hepatogastroenterology 2013; 60:981-4.
25. Di Leo M, Arcidiacono PG. Fetal radiation exposure: Is monitoring really needed? World J Gastrointest Endosc 2013; 5:366-8.
26. Agcaoglu O, Ozcinar B, Gok AF, et al. ERCP without radiation during pregnancy in the minimal invasive world. Arch Gynecol Obstet 2013; 288:1275-8. Epub 2013 May 30.
27. Tang SJ, Mayo MJ, Rodriguez-Frias E, et al. Safety and utility of ERCP during pregnancy. Gastrointest Endosc 2009; 69:453-61.
28. Basar R, Uzum AK, Canbaz B, et al. Therapeutic apheresis for severe hypertriglyceridemia in pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2013; 287:839-43.
29. Kaya M, Çetin S, Beştaş R. Gebelik sırasında gelişen hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit tedavisinde heparin ve insulin faydalı mıdır? (Are heparin and insulin beneficial in the treatment of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis during pregnancy?) Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2010; 9:121-4.
30. Swank M, Nageotte M, Hatfield T. Necrotizing pancreatitis associated with severe preeclampsia. Obstet Gynecol 2012; 120:453-5.
31. Geng Y, Li W, Sun L, et al. Severe acute pancreatitis during pregnancy: eleven years experience from a surgical intensive care unit. Dig Dis Sci 2011; 56:3672-7.
32. Moldenhauer JS, O'Brien JM, Barton JR, Sibai B. Acute fatty liver of pregnancy associated with pancreatitis: a life-threatening complication. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:502-5.



**JOHANN WOLFGANG VON GOETHE**  
**(1749-1832)**

*İnsanın en büyük hatası şudur; kendini olduğundan büyük görmek ya da kendine hak ettiğinden az değer vermek.*