

گزارش یک مورد بیمار باردار مبتلا به پانکراتیت حاد نکروزان در بیمارستان امام سجاد یاسوج

زهرا اسدی کلمه^۱، آناهیتا محمدی^۱، سید عیسی صالحی دهنو^۲، پروین سادات اسلام‌نیک^{۱*}

^۱ گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲ گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۲/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: پانکراتیت التهاب غده پانکراس است که به صورت حاد و یا مزمن بروز می‌کند، علایم پانکراتیت حاد عبارتند از: درد اپیگاستر، تهوع، استفراغ و در موارد شدید شوک و حتی مرگ. در بیماران بارداری که با درد اپیگاستر مراجعه می‌کنند باید پانکراتیت نیز جز تشخیص‌های افتراقی باشد. لذا هدف از این مطالعه تعیین و گزارش یک مورد بیمار باردار مبتلا به پانکراتیت حاد نکروزان در بیمارستان امام سجاد(ع) یاسوج بود.

گزارش مورد: بیمار خانم ۲۴ ساله، بارداری اول با سن حاملگی ۲۹-۲۸ هفته است که سابقه ۳ سال نازایی اولیه به دنبال تخمدان پلی‌کیستیک و هیپوتیروئیدی داشته و با علایم درد شکم و تهوع و استفراغ به بیمارستان مراجعه کرده است. برای بیمار آزمایشات امیلاز و لیپاز و هم‌چنین تصویربرداری درخواست شد که التهاب نکروزان پانکراس تأیید شد. طبق مشاوره جراحی بیمار تحت درمان با هیدراتاسیون، عدم تغذیه دهانی، داروهای آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف و در نهایت عمل جراحی جهت حذف بافت‌های نکروتیک قرار گرفت و در بررسی‌های پاراکلینیک انجام شده، پانکراتیت حاد نکروز آن تشخیص داده شده است که بعد از درمان‌های دارویی و جراحی بیمار باحال عمومی خوب مرخص شده است.

نتیجه‌گیری: پانکراتیت حاد در دوران بارداری می‌تواند منجر به عوارض مادری و جنینی زیادی از جمله مرگ و میر مادری- جنینی و زایمان زودرس شود که با تشخیص به موقع و درمان مناسب می‌توان از عوارض فوق جلوگیری کرد.

واژه‌های کلیدی: بارداری، پانکراتیت حاد، درد شکم

*نویسنده مسئول: پروین سادات اسلام‌نیک، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، گروه زنان و زایمان

Email: p.eslamnik284@gmail.com

زنان باردار بیش از زنان غیر حامله مستعد ابتلا به این بیماری می‌باشند (۶) که علت آن تغییرات هورمونی و مکانیکی در دوران بارداری و هیپرلیپیدمی می‌باشد که به ویژه در نزدیکی ترم به حداکثر می‌رسد. در مطالعه‌ای که استازای که در اثر هورمون پروژسترون در دستگاه صفراوی ایجاد می‌گردد عامل اصلی این عارضه گزارش شده است (۷).

در پژوهش‌های دیگری رابطه بین توکسمی و پانکراتیت گزارش شده است که ممکن است مربوط به ایسکمی به علت ازواسپاسم باشد (۸ و ۹). در حیوانات آزمایشگاهی نیز دیده شده که ایسکمی پانکراس همراه با انسداد صفراوی سبب پانکراتیت حاد گردیده است (۱۰). همچنین مصرف طولانی مدت تiazیدها در دوران حاملگی نیز از عوامل مؤثر شناخته شده است (۱۱). باید توجه داشت که مصرف تتراسیکلین در دوران بارداری نیز سبب ایجاد پانکراتیت گردیده است (۱۲).

تشخیص و درمان زود هنگام پانکراتیت در بارداری در جلوگیری از عوارض این بیماری نقش مهمی دارد. عوارض مادری پانکراتیت در بارداری عبارتند از: پانکراتیت نکروزان، مرگ و میر مادری، دیابت، کیست کاذب پانکراس، سندروم تنفسی حاد و انعقاد منتشر داخل عروقی (۱۳ و ۱۴). عوارض جنینی پانکراتیت نیز عبارتند از: زایمان زودرس و مرگ جنینی (۱۳ و ۱۴).

عواقب بارداری بستگی به شدت بیماری پانکراتیت دارد، عوامل پیشگویی کننده پانکراتیت

پانکراتیت حاد در دوران بارداری یک عارضه نادر است که فراوانی آن بین ۱ مورد در هزار تا ۱ مورد در ۱۰ هزار تولد تخمین زده شده است (۱).

طبق پژوهش‌های انجام شده مرگ و میر مادری و جنینی در پانکراتیت حاد بارداری زیاد بوده است (به ترتیب ۲۰ و ۵۰ درصد) (۲ و ۱)، ولی اخیراً با بهبود و تسریع در روش‌های تشخیصی و درمانی پانکراتیت، میزان مرگ و میر مادری و جنینی نسبت به گذشته کمتر شده است (۳).

علایم بالینی پانکراتیت حاد شامل؛ درد اپیگاستر خفیف تا شدید، تهوع و استفراغ، تب خفیف، تاکی کاردی، افزایش فشارخون، درد و دیستانسیون شکمی می‌باشد و در موارد نادر علایم سندروم پاسخ التهابی سیستمیک (SIRS) ایجاد می‌شود (۴).

در بررسی‌های آزمایشگاهی در پانکراتیت حاد، سطح امیلاز ۳ برابر نرمال افزایش می‌یابد. هرچند ارتباطی بین شدت بیماری و افزایش امیلاز وجود ندارد. همچنین سطح امیلاز ۷۲-۴۸ ساعت بعد از شروع بیماری به حد نرمال برمی‌گردد، درحالی که روند التهاب و بیماری ممکن است ادامه داشته باشد، ولی لیپاز ارتباط بیشتری با بیماری دارد و با ادامه التهاب پانکراس سطح لیپاز افزایش می‌یابد (۵).

پانکراتیت در زمینه عوامل متعددی ایجاد می‌شود از جمله: الکلیسم، بیماری‌های صفراوی، شد هیپرلیپیدمی، تروما (جراحی یا تصادفی) درمان طولانی با استروئیدها، تiazیدها، هیپرپاراتیروئیدی هیپوترمی و حاملگی (۳).

همچنین اضافه شدن تب به علائم فوق، بیمار جهت لاپاراتومی به اتاق عمل منتقل شد. در اتاق عمل بعد از انجام بی‌هوشی عمومی در پوزیشن لترال دکوبیتوس، شکم با برش طولی (mid line) اپاراتومی شد و لایه‌های شکمی به ترتیب اناتومیک باز شد، رحم با گاز مرطوب پوشانیده شد و در بررسی شکم، منتوم و پانکراس، بافت‌های نکروزه مشاهده شد که دبریدمان وسیع انجام شد و شکم با مایعات فراوان شستشو داده شد و درن شکمی تعبیه شد و لایه‌های شکمی ترمیم و بیمار جهت ادامه مراقبت‌ها و درمان به ICU منتقل شد.

در ICU بیمار تحت درمان با آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف از جمله؛ ایمپینم، و نکومایسین و مترونیدازول قرار گرفت، پتدین ۵۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت داخل وریدی تجویز شد. به دلیل تهوع و استفراغ پلازیل تجویز شد و بتامتازون با دوز ۱۲ میلی‌گرم هر ۲۴ ساعت برای دو دوز عضلانی جهت بلوغ ریه جنین به دلیل احتمال زایمان زودرس تجویز شد و همچنین انوکسپارین برای پروفیلاکسی ترومبومبولی از ۶ ساعت بعد از عمل جراحی شروع شد. لوله بینی - معدی (TUBE) NG فیکس شد و تکرار آزمایشات به صورت روزانه درخواست شد.

با توجه به بروز تب بیمار از نظر کوریوآمنیونیت و ابتلا به کووید ۱۹ نیز بررسی شد که تست پی‌سی‌آر کووید منفی بود و با منفی شدن تست آمینوشور نیز احتمال پارگی کیسه آب و کوریوآمنیونیت نیز منتفی شد.

عبارتند از؛ نارسایی تنفسی، شوک، هیپوکسمی، نیاز به مایع درمانی (۱۵). لذا هدف از این مطالعه تعیین و گزارش یک مورد بیمار باردار مبتلا به پانکراتیت حاد نکروزان در بیمارستان امام سجاده (ع) یاسوج بود.

گزارش مورد

بیمار خانم ۲۴ ساله بارداری اول با سن حاملگی ۲۸-۲۹ هفته با شکایت از درد شکم، تهوع و استفراغ مراجعه کرد که در بدو ورود فشارخون ۱۴۰/۹۰ داشت، PR: ۹۹، تب نداشت و با شک به پره اکلاپسمی بستری شد. جهت بررسی از نظر هماتوم ساب کپسولر تصویربرداری صورت گرفت که کبد نرمال بود و شواهدی از هماتوم کپسولر کبد وجود نداشت، ولی پانکراتیت حاد گزارش شد. در آزمایشات درخواست شده برای بیمار آمیلاز به ترتیب ۷۸۰ و ۱۰۷۷ بود که بعد از درمان به ۷۹ و ۲۱ کاهش یافت. در آزمایش لیپید پروفایل بیمار تری‌گلیسیرید ۲۶۲ کلوسترل ۲۲۱ و LDL ۱۲۰ آنزیم‌های کبدی بیمار از ابتدا در محدوده نرمال بود و همچنین پروتئین ادرار ۲۴ ساعت در حد ۲۴۴ در ۲۳۰۰ حجم ادرار بوده است. CRP منفی و آزمایشات انعقادی در محدوده نرمال بود، BUN و کراتین‌های بیمار طبیعی بود (۰/۶-۰/۹). کلسیم بیمار نیز در محدوده نرمال بود و در آزمایش CBC لوکوسیتوز ۱۵ هزار داشت (جدول ۱).

در ابتدا درمان حمایتی با GI rest مایع درمانی و بی‌دردی با مسکن انجام شد، بعد از ۲۴ ساعت از درمان طبی و حمایتی به دلیل افزایش درد شکمی و

تحمل و بعد رژیم معمولی شروع شد و در نهایت ۷ روز بعد از بستری، بیمار با حال عمومی خوب و با توصیه به انجام هفتگی سونوگرافی داپلر و نوار قلب جنین و کنترل فشارخون مرخص شد و در هفته ۳۷ بارداری با توجه به محدودیت رشد داخل رحمی جنین از نوع گرید یک برای بیمار القا زایمان انجام شد و نوزاد دختر با اپگار ۱۰/۹ و وزن ۲۴۰۰ گرم متولد شد (جدول ۲).

علاوه بر درمان‌های فوق در سیر بستری برای درمان فشارخون بیمار داروی متیل دوپا تجویز شد که فشارخون بیمار کنترل شد. در بررسی جنین نیز نوار قلب جنین نرمال بود و در سونوگرافی بیومتری صدک وزن جنین ۳ تا ۱۰ درصد بود که در بررسی با داپلر سونوگرافی، مراحل اولیه محدودیت رشد داخل رحمی تشخیص داده شد. با توجه به بهبودی تب و سایر علائم بالینی آنتی‌بیوتیک‌ها به تدریج قطع شد، رژیم مایعات در حد

جدول ۱: اطلاعات آزمایشگاهی بیمار در حین بستری

آنالیز ادراری	
۲-۳	WBC
۰-۱	RBC
-	Nitrit
-	Protein
-	U.C
آزمایش‌های کبدی	
۱۳	AST
۲۲	ALT
۳۲۰	LDH
جمع‌آوری ادرار ۲۴ ساعته	
۱۳۰۰	Volum (سی‌سی)
۱۴۳۰	Cr (میلی‌گرم)
۱۶۳	Protein (میلی‌گرم)

جدول ۲: پارامترهای سونوگرافی داپلر جفتی رحمی بیمار (محدودیت رشد داخل رحمی جنین)

سونوگرافی رنگی عروق رحمی و جنینی		
S/D: 3.1	PI: 3.3	RI MCA: 0.9
	PI: 1.3	RI U.A: 0.73
	Left RI: 0.74	Right RI: 0.7

بحث

درد؛ تهوع و استفراغ در بیمار ما نیز وجود داشت، با توجه به این که درد اپی‌گاستر در بارداری و مخصوصاً در سه ماهه سوم بارداری می‌تواند علل مختلفی داشته باشد و احتمال عدم تشخیص پانکراتیت و به دنبال آن عدم درمان به موقع و ایجاد عوارض ناشی از آن وجود دارد، هدف از مطالعه حاضر مدنظر قرار دادن پانکراتیت به عنوان یکی از تشخیص‌های مهم درد شکم در بارداری می‌باشد(۱۶).

در این مطالعه بیمار باردار با سن حاملگی ۲۸-۲۹ هفته، با درد شکمی مراجعه کرد که در بررسی‌های انجام شده پانکراتیت حاد نکروزان تشخیص داده شد که تحت درمان‌های حمایتی و نگهدارنده قرار گرفت و در نهایت با بدتر شدن علائم و اضافه شدن تب به علائم قبلی، بیمار از نظر کوریوآمینونیت و پارگی کیسه آب و همچنین کووید ۱۹ بررسی شد که نتایج منفی بود و به همین دلیل بیمار با تشخیص پانکراتیت عارضه دار به اتاق عمل منتقل و لاپاراتومی انجام شد. بافت‌های نکروتیک دبیرد شد و شکم شستشو شد و جهت ادامه درمان‌های دارویی منتقل ICU شد و بعد از بهبودی مرخص شد. در بررسی‌های جنینی به دلیل اختلال رشد داخل رحمی تحت پیگیری قرار گرفت و در سن حاملگی ۳۷ هفته با القا زایمان به روش طبیعی زایمان کرد(۱۶).

در مطالعه توفروشپیرو و همکاران گزارش کردند که شوک ممکن است درد شکمی را مخفی نماید و به صورت علامت اصلی پانکراتیت نمایان گردد، علائم دیگر پانکراتیت حاد عبارتند از: ایلئوس، یرقان، اسیت و تجمع مایع در پلور، انفارکتوس روده باریک، خونریزی دستگاه گوارش دیابت و هیپوکلسمی و بندرت ترومبوفلیت و نکروز چربی در نواحی

پانکراتیت حاد در دوران بارداری یک عارضه نادر است که فراوانی آن بین ۱ مورد در هزار تا ۱ مورد در ۱۰ هزار تولد تخمین زده شده است، لذا مرگ و میر مادری و جنینی در پانکراتیت حاد بارداری زیاد می‌باشد(۲ و ۱). هدف از این مطالعه تعیین و گزارش یک مورد بیمار باردار مبتلا به پانکراتیت حاد نکروزان در بیمارستان امام سجاده(ع) یاسوج بود.

در مطالعه ویلکینسن و همکاران ۸ بیمار حامله مبتلا به پانکراتیت حاد را گزارش کرده‌اند، طبق گزارش‌های قبل شیوع این بیماری یک مورد در ۱۱۴۶۸۴۲۴۹ بارداری قبل از سال ۱۹۷۳، ولی طبق آمار ویلکینسن وقوع آن یک مورد در ۲۳۰۲ بیمار می‌باشد(۸ و ۹). بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که به عقیده ویلکینسن و برخلاف گزارش‌های قبلی شیوع این بیماری در حال افزایش می‌باشد. وقوع این بیماری در بارداری اول و بارداری‌های بعدی یکسان می‌باشد، ولی بیماری اغلب در سه ماهه سوم حاملگی یا پس از زایمان اتفاق می‌افتد.

میزان شیوع پانکراتیت در سه ماهه سوم ۱۸ درصد و در سه ماهه اول و دوم حدود ۱۴ درصد است و عود بیماری در همان حاملگی نیز مکرر دیده شده است(۶). در مطالعه چارلت و همکاران عود پانکراتیت در حاملگی‌های بعدی بررسی شده است و درد شایع‌ترین نشانه بیماری توصیف شده است که در ۵۷ درصد موارد وجود داشت. درد پانکراتیت به صورت مداوم و در وسط اپیگاستر است که به طرفین انتشار می‌یابد. از دیگر علائم پانکراتیت تهوع و استفراغ است که هر سه این علائم یعنی

دور از پانکراس (۱۷) که در بیمار ما با توجه به تشخیص و درمان زود هنگام شاهد این عوارض نبودیم.

سانسکرین و همکاران (۱۸) وقوع هیپرتانسیون در بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد را توصیف کردند، بیمار حاضر نیز فشارخون بالا داشت که تحت درمان دارویی قرار گرفت و از نظر پره اکلامپسی نیز بررسی شد که نرمال بود.

آزمون‌های آزمایشگاهی در تشخیص پانکراتیت اهمیت زیادی دارند، بالا رفتن آمیلاز سرم یکی از مهم‌ترین یافته‌های آزمایشگاهی است. در یک مطالعه سطح امیلاز در ۹۴ درصد موارد بالا بوده است. تعیین نسبت کلیرانس آمیلاز به کلیرانس کراتینین یکی از مهم‌ترین علائم آزمایشگاهی خواهد بود (۱۹)، در بیمار حاضر نیز سطح امیلاز بالا رفته بود.

در درمان بیماران مبتلا به پانکراتیت به غیر از مسکن‌ها و آنتی‌کلینرژیک‌ها درمان با استروئید پیشنهاد نمی‌شود (۲۰). البته اگر عفونتی برقرار شود، مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها نیز ضروری است، که در بیمار حاضر هم به دنبال ایجاد تب و پانکراتیت نکروزان که احتمال عفونی شدن دارد، آنتی‌بیوتیک شروع شد و کورتیکو استروئید هم برای بلوغ ریه جنین تجویز شد.

در مورد ختم حاملگی هیچ‌گونه دلیل قاطع برای خاتمه دادن به بارداری در سه ماهه اول یا دوم یا انجام زایمان پره ترم به وسیله سنتوسینون و یا با روش سزارین در سه ماه آخر وجود ندارد، در صورتی که واضح است مورتالیته بریناتال و اثرات سوء بر مادر با مداخله غیر ضروری افزایش خواهد یافت. البته ربکین (۲۱)، پیشنهاد

می‌شود که به حاملگی زود خاتمه داده شود در صورتی که کورلت می‌گوید «هیچ دلیلی مبنی بر خاتمه دادن به حاملگی به خاطر پانکراتیت بدون عارضه وجود ندارد» (۲۱).

البته هنوز اتفاق عقیده برای نحوه درمان مادرانی که به پانکراتیت حاد دچار می‌شوند، وجود ندارد. ویلکینسن می‌گوید اگر بیمار واقعا بیماریش حاد است اضافه کردن جراحی به زایمان و یا سزارین منطقی نمی‌باشد. بیمار ما هم حاملگی ادامه پیدا کرد و در ۳۷ هفتگی به دلیل محدودیت رشد داخل رحمی به صورت الکتیو ختم داده شد.

نتیجه‌گیری

پانکراتیت حاد در دوران بارداری می‌تواند منجر به عوارض مادری و جنینی زیادی از جمله مرگ و میر مادری- جنینی و زایمان زودرس شود که با تشخیص به موقع و درمان مناسب می‌توان از عوارض فوق جلوگیری کرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مدیریت و پرسنل بیمارستان امام سجاد یاسوج که در امر جواب دهی آزمایشات، همکاری لازم را به عمل آورده و سبب تشخیص سریع‌تر بیماری شدند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

REFERENCES

1. Hernandez A, Petrov MS, Brooks DC, Banks PA, Ashley SW, Tavakkolizadeh A. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year single center experience. *J Gastrointest Surg* 2007; 11(12):1623-7.
2. Pitchumoni CS, Yegneswaran B. Acute pancreatitis in pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009; 15(45): 5641-6.
3. Gilbert A, Patenaude V, Abenhaim HA. Acute pancreatitis in pregnancy: a comparison of associated conditions, treatments and complications. *J Perinat Med* 2014; 42(5): 565-70.
4. Nelson DB, Yost NP, Cunningham FG. Acute fatty liver of pregnancy: clinical outcomes and expected duration of recovery. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209(5): 456.e1-7
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014; 1097.
6. Jouppila P. Acute pancreatitis in pregnancy. *National Library of Medicine* 1974; 139(6): 879-82.
7. Svensson J, Norbäck B, Bokey E, Edlund Y. Changing pattern in aetiology of pancreatitis in an urban Swedish area. *Journal of British Surgery* 1979; 66(3): 159-61.
8. Bonham M, Abu-Zidan F, Simovic M, Sluis K, Wilkinson A, Winterbourn C, et al. Early ascorbic acid depletion is related to the severity of acute pancreatitis. *Journal of British Surgery* 1999; 86(10): 1296-301.
9. Wilkinson EJ. Acute pancreatitis in pregnancy: a review of 98 cases and a report of 8 new cases. *Obstetrical & Gynecological Survey* 1973; 28(5): 281-303.
10. Meyer JH, Way LW, Grossman MI. Pancreatic bicarbonate response to various acids in duodenum of the dog. *American Journal of Physiology-Legacy Content* 1970; 219(4): 964-70.
11. Minkowitz S, Soloway HB, Hall JE, Yermakov V. Fatal hemorrhagic pancreatitis following chlorothiazide administration in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 1964; 24(3): 337-42.
12. Whalley PJ, Adams RH, Combes B. Tetracycline toxicity in pregnancy: liver and pancreatic dysfunction. *JAMA* 1964; 189(5): 357-62.
13. Tang SJ, Rodriguez-Frias E, Singh S, Mayo MJ, Jazrawi SF, Sreenarasimhaiah J, et al. Acute pancreatitis during pregnancy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8(1): 85-90.
14. Ducarme G, Châtel P, Alves A, Hammel P, Luton D. Management of necrotizing pancreatitis in the third trimester of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279(4): 561-3.
15. Whitcomb DC. Clinical practice. Acute pancreatitis. *N Engl J Med* 2006; 354(20): 2142-50.
16. Charlet JRRC, Mishell JRDR. Pancreatitis in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1972; 113(3): 281-90.
17. Toffler A, Spiro H. Shock or coma as the predominant manifestation of painless acute pancreatitis. *Annals of Internal Medicine* 1962; 57(4): 655-9.
18. Sanskaran S, Lucas C, Walt A. Transient hypertension with acute pancreatitis. *Surgery, Gynecology & Obstetrics* 1974; 138(2): 235-8.
19. Warshaw A, Fuller JRA. Specificity of increased renal clearance of amylase in diagnosis of acute pancreatitis. *New England Journal of Medicine* 1975; 292(7): 325-8.
20. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Official Journal of the American College of Gastroenterology ACG* 2013; 108(9): 1400-15.
21. Rabkin RN. Acute pancreatitis in pregnancy: report of 2 cases with maternal survival. *Obstetrics & Gynecology* 1968; 31(4): 508-12.

A Case Report of a Pregnant Patient with Acute Necrotizing Pancreatitis in Imam Sajjad Hospital of Yasuj

Asadi Z¹, Mohammadi A¹, Salehi Dehno SI², Eslam nik P^{1*}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Yasuj University of Medical Science, Yasuj, Iran,
²Department of Surgery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

Received: 09 May 2021 Accepted: 18 Des 2021

Abstract:

Background & aim: Pancreatitis is an inflammation of the pancreas that occurs acutely or chronically. Symptoms of acute pancreatitis include: epigastric pain, nausea, vomiting and in severe cases shock and even death. Pancreatitis should as well be considered as a differential diagnosis in pregnant patients presenting with epigastric pain. Therefore, the aim of the present study was to determine and report a case of a pregnant patient with acute necrotizing pancreatitis in Imam Sajjad Hospital of Yasuj.

Case Report: The patient was a 24-year-old woman, having her first pregnancy with a gestational age of 28-29 weeks. The patient had a history of 3 years of primary infertility following polycystic and hypothyroid ovaries and had been referred to the hospital with symptoms of abdominal pain, nausea and vomiting. The patient was asked for amylase and lipase tests as well as imaging to confirm necrotic inflammation of the pancreas. According to the surgical advice, the patient underwent hydration treatment, lack of oral nutrition, broad-spectrum antibiotics, and finally surgery to remove necrotic tissue. The patient was discharged in good general condition.

Conclusion: Acute pancreatitis during pregnancy can lead to many maternal and fetal complications, including maternal-fetal mortality and preterm delivery, which can be prevented with timely diagnosis and appropriate treatment.

Keywords: Pregnancy, Acute pancreatitis, Abdominal pain

*Corresponding author: Eslamnik P, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Yasuj University of Medical Science, Yasuj, Iran.

Email: p.eslamnik284@gmail.com

Please cite this article as follows: Asadi Z, Mohammadi A, Salehi Dehno SI, Eslam nik P. A Case Report of a Pregnant Patient with Acute Necrotizing Pancreatitis in Imam Sajjad Hospital of Yasuj .Armaghane-danesh 2022; 26(6): 1019-1026.