

گزارش یک مورد بهبود کامل پانکراتیت حاد در ۳۲ هفته بارداری

دکتر مرضیه طالبیان^{۱*}، دکتر صدیقه حسینی موسی^۲

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، فلوشیپ پریناتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

۲. دانشیار گروه زنان و مامایی، فلوشیپ ناباروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۶

خلاصه

مقدمه: بروز پانکراتیت حاد در بارداری ناشایع است، اما به دلیل علائم مشابه با سایر بیماری‌ها در طی بارداری ممکن است به راحتی تشخیص داده نشود. تأخیر در تشخیص با عوارض جدی مادری و جنینی و حتی مرگ‌ومیر همراه است. پس از زایمان با وجود پانکراتیت حاد، میزان مرگ مادر، خونریزی پس از زایمان و عوارض مرتبط با فشارخون بیشتر است. این بیماری می‌تواند منجر به زایمان زودرس و در موارد شدید در اثر اختلال عملکرد جفتی، منجر به مرگ جنین شود. در این مطالعه یک مورد پانکراتیت حاد در بارداری که با مدیریت مناسب، بهبودی کامل حاصل گردید، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: خانم ۳۷ ساله با بارداری ۳۲ هفته با شکایت درد سردل، بدون تهوع و استفراغ و فشارخون طبیعی با شک به پره‌اکلامپسی با تظاهرات شدید از مرکز سطح ۲ زنان به مرکز سطح ۳ (بیمارستان شهید بهشتی کاشان) اعزام شد. در هر دو مرکز سنجش کراتینین، آنزیم‌های کبدی، هموگلوبین و پلاکت طبیعی بود و فقط پروتئینوری وجود داشت. درد با خوردن تشدید شد و با مشاوره جراحی و سنجش آمیلاز و لیپاز سرمی، پانکراتیت حاد مشخص شد. با مدیریت تیمی شامل فوق تخصص گوارش، جراح، متخصص زنان، تغذیه و عفونی، درمان طبی انجام گردید و پس از ۸ روز با رفع علائم بالینی و طبیعی شدن آزمایشات و ادامه داروها به‌صورت خوراکی مرخص گردید. وزن تخمینی جنین و میزان مایع آمنیوتیک در سونوگرافی طبیعی بودند و تست‌های ارزیابی سلامت جنین روزانه انجام می‌گرفت.

نتیجه‌گیری: اگرچه پانکراتیت حاد در بارداری شایع نیست، اما به دلیل تشابه علائم با برخی عوارض شایع‌تر بارداری از جمله سندرم هلپ و پره‌اکلامپسی، امکان تأخیر در تشخیص وجود دارد. در صورت عدم تشخیص و درمان به‌موقع می‌تواند با موربیدیتی شدید و حتی مرگ‌ومیر مادری و جنینی همراه باشد.

کلمات کلیدی: بارداری، بیماری‌های کبدی- صفراوی، پانکراتیت حاد

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مرضیه طالبیان؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. تلفن: ۰۵۵۵۹۰۵۵۳۱-۰۳۱؛ پست الکترونیک:

talebianm861@gmail.com

مقدمه

پانکراتیت حاد، عارضه‌ای جدی و خطرناک است که به‌ندرت در طی بارداری ایجاد می‌شود و احتمال بروز آن ۱/۱۰۰۰ تا ۱/۱۲۰۰۰ می‌باشد (۱، ۲). متأسفانه در دهه گذشته میزان بروز آن افزایش یافته است (۳-۵). پیشرفت چشمگیر در تشخیص و درمان بیماری در دهه گذشته، منجر به کاهش مرگومیر مادری از ۳۷٪ به ۳/۳٪ و کاهش مرگومیر جنینی از ۶۰٪ به ۱۱/۶٪ شده است (۶). در متآنالیز هایان و همکاران (۲۰۲۲) در چین، در مورد پانکراتیت حاد میزان مرگومیر مادر ۲/۸٪ بود. در این مطالعه فقط ۶۹۶ بیمار برای مرگومیر مادران در سه ماهه اول ۱۲/۷٪، در سه ماهه دوم ۷/۹٪ و در سه ماهه سوم ۶/۴٪ بود (۷). در مطالعه ۲۱ ساله مالی (۲۰۱۶) که ۲۵ مورد پانکراتیت حاد در بارداری را مورد بررسی قرار داده بودند، ۶۰٪ موارد بیماری در سه ماهه سوم بودند (۸).

این بیماری معمولاً شروعی حاد دارد و تشخیص آن به‌دلیل علائم مشابه در بارداری و درمان آن به‌علت محدودیت تصویربرداری و جراحی، دشوار است و ممکن است سریعاً به سمت آبسه یا نکروز پانکراس پیشرفت کرده و منجر به نارسایی در ارگان‌های متعدد و عواقب نامطلوب مادری و جنینی می‌شود. مدیریت بیماری با درمان طبی صورت می‌گیرد و در موارد مقاوم، از جراحی کمک گرفته می‌شود. اصول مدیریت بیماری شامل: تشخیص علت و اتیولوژی برای برنامه‌ریزی درمانی، احیاء با مایعات وریدی، جبران الکترولیت‌ها، حمایت تغذیه‌ای زودرس و سریع و کاهش درد بیمار است. آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه توصیه نمی‌شود و در موارد مشکوک به پروسه عفونی تجویز می‌شود (۹). تقریباً دو سوم موارد منشأ صفراوی دارند (۱۱، ۱۰). در این صورت نتایج بیماری نسبت به زمانی که منشأ صفراوی وجود نداشته باشد، بهتر است (۱۰). اگرچه بارداری موجب افزایش سطح تری‌گلیسریدها در سرم می‌شود که اوج آن در سه ماهه سوم می‌باشد، سطح گلیسرید تام سرم به‌ندرت به ۳۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر می‌رسد و این مقدار پایین‌تر از حدی است که

بتواند موجب پانکراتیت حاد شود (۱۲). در موارد خاص مانند هایپر تری‌گلیسریدمی، تشخیص پانکراتیت غیرصفراوی باید در نظر گرفته شود. در موارد نادر پانکراتیت با بیماری‌های دیگری مانند کبد چرب بارداری، پره‌اکلامپسی، هایپرامیزیس گراویداروم و هایپر تری‌گلیسریدمی فامیلی که با هایپر تری‌گلیسریدمی بارداری تشدید می‌شود، همراهی دارد (۱۳، ۱۴). در این مطالعه یک مورد پانکراتیت حاد در بارداری که با مدیریت مناسب، بهبودی کامل حاصل گردید، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۳۷ ساله با بارداری دوم و سابقه یک‌بار زایمان طبیعی با سن بارداری ۳۲ هفته بود که با شکایت درد اپی‌گاستر بدون تهوع و استفراغ در بیمارستان تک تخصصی زنان (بیمارستان شبیه‌خوانی کاشان) بستری و با شک به پره‌اکلامپسی با تظاهرات شدید و به‌علت عدم وجود بخش مراقبت ویژه نوزادان، در آن مرکز به بیمارستان سطح سه (بیمارستان شهید بهشتی کاشان) ارجاع شد. به‌جز مکمل‌های بارداری و متفورمین، ۲ عدد در روز به‌علت دیابت بارداری، داروی دیگری مصرف نمی‌کرد. بیمار در آن مرکز فشار خون بالا نداشت، آزمایشات بیمار شامل هموگلوبین: ۱۱/۹، پلاکت: ۲۹۹، کراتینین: ۰/۵۶، نسبت پروتئین به کراتینین ادرار رانندوم: ۰/۴۴، AST: ۵۶، ALT: ۳۸ و LDH: ۴۸۲ بود. بیمار با علائم حیاتی طبیعی و فشارخون ۱۱۰/۷۰ بستری شد. ضربان قلب جنین طبیعی بود و انقباض رحمی نداشت. در آن مرکز برای بیمار بتامتازون تجویز شده و در حال دریافت سولفات منیزیم بود که در مرکز جدید هم ادامه داده شد. آزمایشات فوق در این مرکز تکرار شد که تغییری نسبت به موارد فوق مشاهده نگردید. در بررسی با سونوگرافی، وزن تخمینی جنین و مایع آمنیوتیک مناسب (۱۹۱۹ گرم) گزارش گردید. درد بیمار با دریافت پنتوپرازول کاهش پیدا کرد، اما مجدداً تشدید شد و با خوردن هم افزایش پیدا کرد و تندرns شدید در ناحیه اپی‌گاستر و خفیف در RUQ (یک چهارم فوقانی راست شکم) پیدا کرد، لذا درخواست مشاوره با سرویس جراحی

صورت گرفت که دستور NPO شدن و تجویز مسکن و درخواست سنجش آمیلاز و لیپاز سرم و بررسی کبد و مجاری صفراوی با سونوگرافی و مایع درمانی انجام شد. در سونوگرافی انجام شده، کبد طبیعی و چندین ضایعه ۱-۲ سانتی متری مطرح کننده همانژیوم، رسوب غلیظ (thick sludge) در کیسه صفرا با ضخامت طبیعی جدار و پانکراس دارای اکوی هموژن و التهاب جزئی و fat stranding اطراف پانکراس مطرح کننده پانکراتیت و ادم زیرجلدی و عضلات جدار در ناحیه RUQ گزارش گردید. با آمیلاز: ۱۴۶۶، لیپاز: ۱۷۲۰، WBC: ۲۲۵۰۰ و نوتروفیل: ۰.۸۸٪ تشخیص پانکراتیت حاد مطرح شد و درخواست مشاوره گوارش صورت گرفت. تشخیص فوق، مورد تأیید ایشان قرار گرفت و تزریق سرم رینگر ۴ لیتر در ۲۴ ساعت و MRCP (کلانژیوپانکراتوگرافی رزونانس مغناطیسی) و بررسی روزانه آزمایشات بیلیروبین تام و مستقیم، آلکالین فسفاتاز، شمارش کامل سلول‌های خونی، آمیلاز، آنزیم‌های کبدی، سدیم، پتاسیم، کراتینین سرم و CRP توصیه گردید. کلسیم، تری‌گلیسیرید و کلسترول سرم سنجش شد و ترومبوپروپروفیلاکسی با هپارین انجام شد. جهت ختم بارداری با پریناتولوژیست مشاوره انجام شد و نظر ایشان، عدم سودمندی خاتمه بارداری بود.

روز دوم بیمار درد شدید اپی‌گاستر داشت. مشاوره عفونی انجام شد و تزریق مترونیدازول، مروپنم و وانکومایسین شروع گردید (استامینوفن تزریقی به‌عنوان مسکن دریافت می‌کرد). آمیلاز، لیپاز و نوتروپنی افزایش یافت و میزان هموگلوبین کاهش پیدا کرد. نتیجه آزمایشات به‌صورت: هموگلوبین: ۹/۸، آمیلاز: ۲۸۶۳، لیپاز: ۱۶۹۴، WBC: ۱۶۲۰۰، نوتروفیل: ۰.۹۲٪ و سدیم: ۱۳۸ بود.

در روز سوم در MRCP افزایش مختصر ضخامت کیسه صفرا ثانویه به شرایط التهابی مجاور و بدون سنگ و مجرای صفراوی مشترک طبیعی گزارش گردید، مایع آزاد جزئی در اطراف سر پانکراس و تغییرات سیگنال فوکال در پانکراس گزارش گردید و پانکراتیت فوکال مطرح شد. مجاری صفراوی داخل کبدی و مجاری پانکراس طبیعی بودند. ادم نسج نرم و

تجمع مایع در سمت راست جدار شکم در محدوده دنده‌های ۹ تا ۱۲ مشاهده شد.

آمیلاز: ۴۳۰، لیپاز: ۲۴۱، کلسترول: ۲۷۳، تری‌گلیسیرید: ۲۶۴، کلسیم: ۷/۶، سدیم: ۱۳۶، HDL: ۴۳، LDL: ۱۷۲، ESR: ۵۷ و CRP: ۸۰ بود.

جلسه مشترک با حضور متخصص زنان، پریناتولوژیست، جراح، متخصص داخلی، فوق تخصص گوارش و متخصص بیهوشی تشکیل گردید و به بیمار اجازه خوردن مایعات داده شد که به‌علت ایجاد درد، مجدداً NPO شد و به‌دلیل پروتئینوری ۳۹۹ میلی‌گرم در ادرار ۲۴ ساعته و هماچوری، با نفرولوژیست مشاوره صورت گرفت که به‌نظر ایشان illness موجود توجیه کننده بود. بیمار دچار تب شد (۳۸ درجه سانتی‌گراد).

روز چهارم درد بیمار بسیار بهتر شده بود، فقط تندرینس جزئی اپی‌گاستر داشت و مایعات صاف شده را تحمل می‌کرد اما تب داشت و هموگلوبین: ۹/۵، آمیلاز: ۵۳، لیپاز: ۱۸، پتاسیم: ۱۵۷، ۳/۹ → CRP: ۹۹ و سدیم ۱۳۵ شده بود. علت هایپوناترمی، تغذیه نامناسب بود که با دریافت وریدی اصلاح گردید. مشاوره تغذیه هم صورت گرفت و اینترامیل به میزان ۵۰ سی‌سی در ساعت (۷ وعده از ۶ صبح تا ۱۱ شب) و مولتی‌ویتامین خوراکی و رژیم جامدات پرپروتئین و کم‌چربی و سنجش آلبومین توصیه شد. به‌علت تب، تاکی‌کاردی و تاکی‌پنه، جهت رد کردن سایر علل تب، مشاوره مجدد عفونی درخواست گردید و توصیه به ۲ برابر کردن مروپنم دریافتی، مصرف آزیترومایسین و بررسی PCR covide گردید. مشاوره با فوق تخصص ریه انجام شد که توصیه به محدودیت مایعات تزریقی شد و پس از کاهش احتمال آمبولی ریه با وجود سونوگرافی طبیعی کالر داپلر اندام تحتانی، احتمال شروع سندرم دیسترس حاد تنفسی (ARDS) و نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مطرح گردید. با مشاوره گوارش رژیم جامدات پرپروتئین شروع شد و سرم half saline یک لیتر در شبانه‌روز توصیه گردید.

۵ روز پس از بستری دمای بدن بیمار ۳۹ درجه بود و آنتی‌بیوتیک‌ها ادامه داشت. درد بیمار بهبود یافته بود، رژیم جامدات پرپروتئین، پرتاسیم و کم‌چربی مصرف

گزارشات با زایمان زودرس همراهی داشته است (۱۷). در نوع شدید می‌تواند با اختلال عملکرد جفت منجر به مرگ جنینی شود، بنابراین تشخیص زود هنگام و درمان صحیح، راهکار اصلی نجات مادر و جنین در این بیماری است (۱۸).

نتیجه‌گیری

پانکراتیت حاد یک عارضه نادر در بارداری است. این بیماری می‌تواند تهدید کننده زندگی مادر و جنین باشد. به علت تشابه علائم بالینی با سایر عوارض دوران بارداری، تشخیص پانکراتیت ممکن است به تأخیر بیفتد. دقت در افتراق از سایر تشخیص‌ها مهم است، زیرا اگر به علت تشابه تابلوی بالینی مثلاً با تشخیص سندرم هلمپ ختم بارداری صورت گیرد، نه تنها در صورت نارسی جنین، عوارض نوزادی فراوانی ایجاد خواهد شد؛ بلکه بهبود مادر نیز صورت نخواهد گرفت. در صورت تشخیص به موقع و مدیریت تیمی بیماری توسط متخصص داخلی و فوق تخصص گوارش، جراح و واحد تغذیه و متخصص زنان و پریناتولوژیست، امکان بهبود کامل بیماری و ادامه بارداری وجود دارد. در نتایج مطالعات مختلف نیز بر ضرورت رویکرد چند تخصصی به ویژه در موارد شدید تأکید شده است (۹، ۱۵).

رضایت آگاهانه

رضایت کتبی برای استفاده علمی از مستندات پرونده بدون ذکر نام و مشخص شدن اطلاعات فردی اخذ شده است.

تعارض منافع

نویسندگان متعهد می‌شوند که تعارض منافی وجود ندارد.

می‌کرد، همچنین آمینواسید ۱۰٪ تزریقی روزانه و اورسوییل خوراکی ۳۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت مصرف می‌نمود.

از روز ششم، تب، تاکی کاردی و تاکی‌پنه برطرف شد و از روز هفتم تحمل خوراکی به صورت کامل داشت و WBC: ۱۵۴۰۰، نوتروفیل: ۸۸٪، ESR: ۷۴ و CRP: ۹۵ بود.

در مدت بستری پایش سلامت جنین با NST سه مرتبه در شبانه‌روز انجام می‌شد. ۸ روز پس از بستری، بیمار بدون تب و علائم بالینی بود و مارکرهای التهابی کاهش پیدا کرده بود ESR: ۸۷ و CRP: ۷۱ (قابل توجه با توجه به بارداری و آنمی) و سایر آزمایشات نرمال بودند. با دستور مصرف سفیکسیم، مترونیدازول خوراکی، پنتوپرازول، اورسوییل و توصیه به سونوگرافی، بیمار به صورت سرپایی مرخص گردید.

بحث

پانکراتیت حاد، با درد شکمی و افزایش سطح خونی آنزیم‌های پانکراس تشخیص داده می‌شود و در آمریکا سردسته علل بستری در بیماری‌های گوارشی است (۱۵). در طی بارداری ناشایع است، اما عارضه‌ای جدی است و در صورت تأخیر یا عدم تشخیص می‌تواند بسیار خطرناک باشد و منجر به عواقب نامطلوب و حتی مرگ مادری و جنینی شود. در مطالعه گذشته‌نگر نیو و همکاران (۲۰۲۳) که با استفاده از داده‌های پایگاه داده ملی بیماران بستری ایالات متحده در طی ۱۰ سال در مورد عواقب مادری، جنینی و مشکلات همراه با پانکراتیت حاد، اطلاعات را از داده‌های بیمارستانی استخراج کرده بودند، مادرانی که با پانکراتیت حاد زایمان کرده بودند نسبت به افراد غیرمبتلا، در معرض خطر مرگ، خونریزی پس از زایمان و عوارض همراه با فشارخون بالا (پره‌اکلامپسی، اکلامپسی و سندرم هلمپ) قرار داشتند (۱۶). همچنین در همین مطالعه، در گروه مبتلا آسیب حاد کلیوی^۱ و سپسیس شدید و سرکوب تنفسی^۲ میزان بالاتری داشت. پانکراتیت حاد در برخی

¹ acute kidney injury

² respiratory failure

1. Ducarme G, Maire F, Chatel P, Luton D, Hammel P. Acute pancreatitis during pregnancy: a review. *Journal of Perinatology* 2014; 34(2):87-94.
2. Abdullah B, Kathiresan Pillai T, Cheen LH, Ryan RJ. Severe acute pancreatitis in pregnancy. *Case reports in obstetrics and gynecology* 2015; 2015(1):239068.
3. Vilallonga R, Calero-Lillo A, Charco R, Balsells J. Acute pancreatitis during pregnancy, 7-year experience of a tertiary referral center. *Cirugía Española (English Edition)* 2014; 92(7):468-71.
4. Xu Q, Wang S, Zhang Z. A 23-year, single-center, retrospective analysis of 36 cases of acute pancreatitis in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2015; 130(2):123-6.
5. Tang M, Xu JM, Song SS, Mei Q, Zhang LJ. What may cause fetus loss from acute pancreatitis in pregnancy: analysis of 54 cases. *Medicine* 2018; 97(7):e9755.
6. Shi XL, Yang Q, Pu N, Li XY, Chen WW, Zhou J, et al. Identification and functional characterization of a novel heterozygous missense variant in the LPL associated with recurrent hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis in pregnancy. *Molecular Genetics & Genomic Medicine* 2020; 8(3):e1048.
7. Haiyan Z, Na P, Yong G, Xiumei B, Jianying B. Impact of acute pancreatitis during pregnancy in Chinese women: A meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2022; 42(7):2879-87.
8. Mali P. Pancreatitis in pregnancy: etiology, diagnosis, treatment, and outcomes. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International* 2016; 15(4):434-8.
9. Benson M, Goncharov DA, Jain S. Diagnosis and management of acute pancreatitis in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2023; 66(1):237-49.
10. Eddy JJ, Gideonsen MD, Song JY, Grobman WA, O'Halloran P. Pancreatitis in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2008; 112(5):1075-81.
11. Pitchumoni CS, Yegneswaran B. Acute pancreatitis in pregnancy. *World journal of gastroenterology: WJG* 2009; 15(45):5641.
12. Eskandar O, Eckford S, Roberts TL. Severe, gestational, non-familial, non-genetic hypertriglyceridemia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2007; 33(2):186-9.
13. 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.
14. De Chalain TM, Michell WL, Berger GM. Hyperlipidemia, pregnancy and pancreatitis. *Surgery, gynecology & obstetrics* 1988; 167(6):469-73.
15. Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, Lund JL, Dellon ES, Williams JL, et al. Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: update 2018. *Gastroenterology* 2019; 156(1):254-72.
16. Niu C, Zhang J, Liu H, Zhu K, Okolo III PI. Maternal and fetal outcomes of acute pancreatitis in pregnancy: a population-based study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2023; 35(12):1354-61.
17. Ayati S, Pourali L, Mohammadzadeh Vatanchi A, Saeedi E, Hasanzadeh E. Acute pancreatitis during pregnancy: A case report. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(3):99-104.
18. Berglund L, Brunzell JD, Goldberg AC, Goldberg IJ, Sacks F, Murad MH, et al. Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2012; 97(9):2969-89.

A case report of complete recovery of acute pancreatitis at 32 weeks of pregnancy

Marzieh Talebian^{1*}, Sedigheh Hosseinimousa²

1. Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Fellowship of perinatology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Fellowship of Infertility, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: May 26, 2024 Accepted: Aug 26, 2024

Abstract

Introduction: Acute pancreatitis during pregnancy is uncommon, but due to the symptoms similar to other diseases during pregnancy, it may not be easily diagnosed. Delay in diagnosis is associated with serious maternal and fetal complications and even death. After delivery, with acute pancreatitis, the rate of maternal mortality, postpartum hemorrhage, and complications related to hypertension are higher. This disease can lead to premature birth and, in severe cases, fetal death due to placental dysfunction. In this study, we report a case of acute pancreatitis in pregnancy, which was completely cured with proper management.

Case presentation: A 37-year-old woman with 32 weeks of gestation and complain of epigastric pain without nausea and vomiting, and normal blood pressure, with suspicion of preeclampsia with severe features was sent from the second-level women's center to the third-level center (Shahid Beheshti hospital of Kashan). In both centers, creatinine, liver enzymes, hemoglobin and platelets were normal and only proteinuria was present. The pain worsened with eating and acute pancreatitis was diagnosed with surgical consultation and serum amylase and lipase measurements. Medical treatment was done with management of a team including gastroenterologist, surgeon, gynecologist, nutritionist and infectious disease, and she was discharged after eight days with the resolution of clinical symptoms and the normalization of tests and the continuation of oral medications. The estimated fetal weight and the amniotic fluid in ultrasound were normal. Fetal health tests were performed daily.

Conclusion: Although acute pancreatitis during pregnancy is uncommon, but due to the similarity of the symptoms with some more common complications of pregnancy, such as HELLP syndrome and preeclampsia, there is a possibility of delay in diagnosis. If not diagnosed and treated on time, it can be associated with severe morbidity and even maternal and fetal mortality.

Keywords: Acute pancreatitis, Hepato-biliary diseases, Pregnancy

► Please cite this article as:

Talebian M, Hosseinimousa S. A case report of complete recovery of acute pancreatitis at 32 weeks of pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2024; 27(6):78-83. DOI: 10.22038/ijogi.2024.79343.6063

