

ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ, ИНДУЦИРАН ОТ ХИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ СЛЕД ИН ВИТРО ФЕРТИЛИЗАЦИЯ: РАДКО, НО СЕРИОЗНО УСЛОЖНЕНИЕ С КЛИНИЧНА ЗНАЧИМОСТ – CASE REPORT

Пламена Евтимова, Георги Минков, Нурхан Юсеин, Евгени Димитров, Емил Енчев, Ален Петров, Иван Димитров, Йовчо Йовчев

1. Клиника по Хирургически Болести при УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович, гр. Стара Загора 2. Катедра по Хирургически болести и Анестезиология при МФ на Тр Университет, Стара Загора Адрес: УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“ АД, гр Стара Загора

Абстракт

Въведение: Остър панкреатит (ОП), индуциран от хипертриглицеридемия (ХТГ), представлява рядко, но потенциално животозастрашаващо усложнение при жени, подложени на ин витро фертилизация (IVF) . До момента са описани 7 случая в световната литература. Патогенезата е мултифакторна и е свързана с естроген-индуцираното повишаване на триглицеридите, хормоналната хиперстимулация и евентуалното наличие на генетични дефекти в ензимите, участващи в липидния метаболизъм. Естрогените увеличават синтеза на VLDL и потискат чернодробния клирънс на липиди, което при предразположени индивиди води до остро повишаване на серумните триглицериди над 10 ммол/л – праг, над който се засилва рискът от панкреатична липотоксичност.

Клиничен случай: Представяме случай на 41г. жена с остър панкреатит, индуциран от хипертриглицеридемия, която постъпва по спешност в АГ клиника поради силни коремни болки, повръщане и фебрилитет, 2 дни след IVF.

Извод: Острият панкреатит, индуциран от ХТГ, трябва да бъде разглеждан в диференциално диагностичен план при жени със силни коремни болки и системни прояви в ранния пост-IVF период. Високото клинично подозрение и насочената диагностика са ключови за терапевтичния подход. Би могло да се обсъди нуждата от скрининг на липидния профил при жени, подложени на IVF, особено при анамнеза за метаболитен синдром или фамилен хиперлипидемия.

Ключови думи: *остър панкреатит, хипертриглицеридемия, ин витро, естрогени, липиден профил*

ВЪВЕДЕНИЕ

Острият панкреатит представлява остро възпалително заболяване на панкреаса, което се характеризира с активиране на панкреатичните ензими интрапаренхимно и последваща автолиза на паренхима и перипанкреатичната тъкан [1]. Сред основните етиологични фактори са холелитиазата и злоупотребата с алкохол, но хипертриглицеридемията (ХТГ) се явява трета по честота причина, отговорна за приблизително 1–10% от случаите [2]. Клиничните проучвания показват, че рискът от остър панкреатит значително се увеличава при нива на серумни триглицериди над 10 ммол/л. [3]. Хипертриглицеридемията често възниква в хода на бременност или при хормонална терапия, когато естрогените стимулират повишен синтез на липопротеини и намалено разграждане на триглицериди. Именно този механизъм е в основата на случаи на остър панкреатит след ин витро фертилизация (IVF), където овариалната стимулация води до резки промени в липидния профил. [4] Патогенезата на хипертриглицеридемия-индуцирания панкреатит включва хидролиза на излишните триглицериди от панкреатичната липаза, което води до освобождаване на токсични свободни мастни киселини. Те предизвикват микроваскуларна увреда, исхемия и възпалителен отговор, усилващ тъканната некроза. [5]

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме случай на 41г. жена с висок ВМІ , която постъпва по спешност в АГ клиника при УМБАЛ „Проф д-р Стоян Киркович, гр Стара Загора, поради силни коремни болки, повръщане и фебрилитет, 2 дни след IVF. На вторият ден от хоспитализацията, пациентката развива клинична картина на остър хирургичен корем, при което е назначена консултация с хирург. От локалния статус – корем над нивото на гръдния кош, респираторно подвижен,

палпаторно болезнен дифузно с набелязан мускулен дефанс и перитонеално дразнене в епигастриум, (Блумберг +). От лабораторните изследвания - левкоцити $21 \times 10^9/l$, хемоглобин 144г/l, креатинин 88 $\mu\text{mol/l}$, АСАТ 19U/L, АЛАТ 9U/L, CRP 507 mg/L, Глюкоза 7 mmol/L, ЛДХ 773 U/L, Холестерол 13 mmol/L, Амилаза 93 U/L, Липаза 248 U/L. От проведената ехография на коремни органи се визуализира панкреас с уголемени размери, останалите органи – б.о. Назначен е КАТ на корем и таз с и.в. контраст, от който се установяват данни за остър панкреатит с остра перипанкреасна течна колекция, стририрана перипанкреасна мастна тъкан и минимално количество асцит между чревните бримки и в малък таз. Пациентката се превежда в Клиника по Хирургични болести и Онкология за лечение с диагноза средно тежък остър панкреатит. След изключване на най-честите етиологии за остър панкреатит – холелитиаза или алкохолна злоупотреба, при пациентката се изследват серумни нива на Триглицериди, които показват значително завишени стойности – 10.5 ммол/л. При пациентката е започната консервативна терапия за лечение на остър панкреатит по протокол – инфузионна терапия в подходящ обем, профилактика на тромботични усложнения с Фраксипарин и подходящ диетичен режим. На третия ден пациентката е със значително редуцирани оплаквания на болковата симптоматика, със следобеден субфебрилитет, диарийни изхождания двукратно на ден, редуциране на възпалителните маркери и без данни за органна недостатъчност. Включен е Креон 25 000 U 3x1. На седмия ден пациентката е афебрилна, без оплаквания, с нормален ритъм на дефекация и с подобрена параклиника. Наблюдава се спад на Триглицеридите до 5.37 mmol/l. Пациентката се изписва в добро общо състояние. След 1 месец е назначен контролен КАТ на корем, който показва резорбция на перипанкреасните течни колекции и липса на структурни промени в паренхима на жлезата. Крайният резултат от IVF процедурата след епизода на остър панкреатит бе отрицателен по отношение на настъпване на бременност.



КАТ на корем с и.в. контраст, показващ промени като при остър панкреатит с локални усложнения



КАТ на корем с и.в. контраст 1 месец след изписване. Наблюдава се подобрен локален статус на жлезата.

ДИСКУСИЯ

Хипертриглицеридемия-индуцираният остър панкреатит представлява диагностично и терапевтично предизвикателство, особено в контекста на ин витро фертилизация (IVF), където хормоналната стимулация може да ускори дислипидемичните промени. Клиничната трудност произтича от факта, че симптоматиката често е неспецифична, а стандартните диагностични маркери могат да бъдат повлияни от високите липидни нива, което затруднява ранното разпознаване на заболяването [5]. В настоящия случай своевременното овладяване на панкреатита е предотвратило системни усложнения, но липсата на настъпила бременност подчертава клиничното значение на внимателния липиден мониторинг при пациентки, подложени на IVF. От гледна точка на превенцията, препоръчително е предварителен липиден скрининг и контрол на триглицеридите при жени с рисков профил, както и обсъждане на алтернативни хормонални протоколи за стимулация при съществуваща дислипидемия. [4], [6]. В литературата се акцентира върху необходимостта от мултидисциплинарен подход – участие на гастроентеролог, ендокринолог и репродуктивен специалист – с цел намаляване на риска от рецидив и оптимизиране на репродуктивния изход. [7]

ИЗВОД

Представеният клиничен случай представлява рядко, но потенциално животозастрашаващо усложнение – остър панкреатит, индуциран от хипертриглицеридемия след ин витро фертилизация, и необходимостта да бъде разглеждан в диференциално диагностичен план при жени със силни коремни болки и системни прояви в ранния пост-IVF период. Високото клинично подозрение и насочената диагностика са ключови за благоприятния изход и предотвратяване на системни усложнения. Въпреки успешно овладения панкреатит, репродуктивният резултат бе неблагоприятен, което подчертава необходимостта от внимателен липиден мониторинг и индивидуализиран терапевтичен подход при пациентки с повишен риск, подложени на IVF. . Би могло да се обсъди нуждата от скрининг на липидния

профил при жени, подложени на IVF, особено при анамнеза за метаболитен синдром или фамилна хиперлипидемия. Този случай акцентира върху значението на мултидисциплинарното сътрудничество между гастроентеролог, ендокринолог и специалист по репродуктивна медицина, както и върху нуждата от разработване на стратегии за превенция на метаболитните усложнения в репродуктивната практика.

Референции

1. Banks, P. A., Bollen, T. L., Dervenis, C., et al. (2013). Classification of acute pancreatitis—2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus.
2. Yadav, D., & Lowenfels, A. B. (2013). The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology*
3. Schwingshackl, L., Hoffmann, G., Lampousi, A. M., et al. (2020). Plasma triglyceride levels and risk of acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Lipidology*,
4. Thanh, N. H., Van Duong, T., Huyen, N. T., et al. (2024). In vitro fertilization-induced extreme hypertriglyceridemia with secondary acute pancreatitis in emergency department: A case report and literature review. *Turkish Journal of Emergency Medicine*
5. Valdivielso, P., Ramírez-Bueno, A., & Ewald, N. (2014). Current knowledge of hypertriglyceridemic pancreatitis. *European Journal of Internal Medicine*
6. Rawla, P., Sunkara, T., Thandra, K. C., & Gajendran, M. (2017). Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis: Updated review of current treatment and preventive strategies. *Clinical Journal of Gastroenterology*
7. Mao, E. Q., Tang, Y. Q., Fei, J., Qin, S., Wu, J., & Li, L. (2018). Strategy of prevention and treatment of hyperlipidemic severe acute pancreatitis. *Chinese Medical Journal*