

Pankreasın santral bez nekrozu sendromu / Pankreasın bağlantısı kesilmiş kanal sendromu

Central gland necrosis syndrome of pancreas / Disconnected duct syndrome of pancreas

Emel Yiğit KARAKAŞ¹

¹ Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dâhiliye Bölümü, Şanlıurfa

Yazışma adresi: Emel Yiğit KARAKAŞ, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dâhiliye Bölümü Pk: 63300 Tlf: 05305497361 Faks: 0 (0414) 318 68 12 E-posta adresi: e.ygtkarakas@yahoo.com.tr

Geliş tarihi / Received: 03.07.2013

Kabul tarihi / Accepted: 08.07.2013

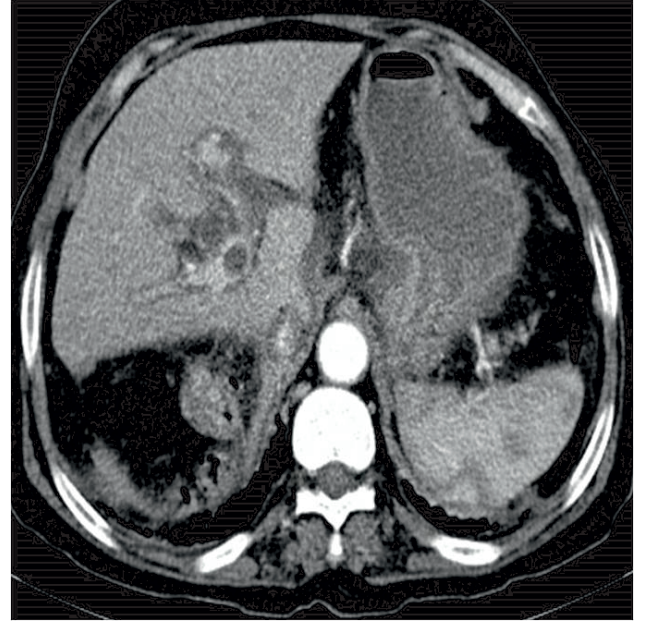
Akut pankreatit sıklığı artmakta olup akut pankreatit saptanan hastaların yaklaşık yarısı hospitalize edilmektedir (1). Akut pankreatit, ani üst karın ağrısı ve kusma ile karakterize bir hastalıktır. Aktif pankreas sindirim enzimlerinin kaçacağına bağlı oluşan pankreas parankiminin kendi kendini sindirmesi, interstisyel yağ nekrozu ve nekrotizan vasküitle sonuçlanan akut inflamatuvar bir olaydır. Hastaların çoğunluğunda predispozan faktör safra kesesi taşı veya alkol kullanımındır (2, 3). Pankreatik santral bez nekrozu sendromu ya da pankreas bağlantısı kesilmiş kanal sendromu, pankreas gövde tutulumu olsun ya da olmasın pankreas boyun kesiminin tam genişlikte nekrozuna verilen isimdir. Ancak bu sendromda kollateral kan akımı nedeniyle pankreasın baş ve kuyruk kesimleri korunur. Bu tutulum paterni pankreatik kanalın kesintiye uğraması ile sonuçlanır. Pankreatik kuyruk kesiminden devam eden salgılar nedeniyle koleksiyon kalıcı olur. Genellikle kesin tedavi için distal pankreatektomi gerekir (4). Kontrastlı CT, görüntüleme en sık kullanılan yöntem olup lokal ve sistemik komplikasyonların belirlenmesinde ve sonraki adımın planlanmasında önemli bir role sahiptir.

72 yaşında bayan hasta, yaklaşık 2 haftadır epigastrik bölgeden başlayan sırta vuran şiddetli karın ağrısı şikâyeti ve son birkaç gündür ortaya çıkan bulantı, kusma şikâyetleri ile hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede, üst batında hassasiyeti vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Vital bulguları olağandı. Laboratuvar testlerinde C-reaktif protein 3,11 mg/L (0.1-0.5), amilaz 201,44 U/L (28-100) olarak yüksek tespit edildi. Bu bulgular doğrultusunda akut pankreatit ön tanısı düşünülen hastamıza kontrastlı batın BT incelemesi yapıldı. Pankreas baş ve kuyruk kesimini ikiye ayıran, boyun ve gövde kesimini tutan 68 x 129 mm boyutlarında lobule konturlu sıvı koleksiyonu izlendi. Bu görünüm santral bez nekrozu sonrasında gelişen bağlantısı kesilmiş kanal sendromu ile uyumludur. Ana portal vende ve sağ dalında trombus, ve periportal alanlarda ödem izlendi (Resim 1 ve 2). 1 hafta konservatif tedavi ile izlenen hastamızda akut klinik bulgularda düzelme oldu. Hastamıza literatür bilgileri doğrultusunda distal pankreatektomi önerildi. Ancak hasta ameliyatı kabul etmedi ve 1 haftanın sonunda taburcu edildi.

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular: Yok



Resim 1: Akut pankreatitli 72 yaşında bayan hastanın kontrastlı BT görüntüsü. BT görüntüde pankreas boyun ve gövde kesimini tutan lobule konturlu büyük boyutlarda sıvı koleksiyonu. Bu görünüm santral bez nekrozu sonrasında gelişen bağlantısı kesilmiş kanal sendromu ile uyumludur.



Resim 2: Aynı hastanın üst seviyeden geçen kontrastlı BT görüntüsü. Sağ portal ven dalında trombus ve periportal alanlarda ödem.

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

- 1) Gurusamy KS, Farouk M, Tweedie JH. UK guidelines for management of acute pancreatitis: is it time to change? Gut 2005; 54:1344-5.
- 2) Balthazar EJ, Freeny PC, vanSonnenberg E. Imaging

- and in-tervention in acute pancreatitis. Radiology 1994; 193:297-306
- 3) Lenhart DK, Balthazar EJ. MDCT of acute mild (nonsuppurative) pancreatitis: abdominal complications and fate of fluid collections. AJR Am J Roentgenol 2008; 190: 643-649

- 4) Banks PA, Gerzof SG, Sullivan JG. Central cavity necrosis: differentiation from pancreatic pseudocyst on CT scan. Pancreas 1988; 3:83-88.