

# BAKI NOKTASINDA PANKREAS ACIL USG

# 21

**Dr. Erdal KARAGÜLLE<sup>1</sup>**  
**Dr. Emin TÜRK<sup>1</sup>**  
**Dr. Hüseyin NARCI<sup>2</sup>**

*Baskent Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi AD<sup>1</sup>*

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil  
Tıp AD<sup>2</sup>*

**Akut Pankreatit:** Akut pankreatit klinik ve laboratuvar bir tanıdır. Bu klinik durumda USG'nin rolü, özellikle yalancı kistler ve apseler gibi sıvı koleksiyonu komplikasyonlarının tespiti ve taş gibi altta yatan nedenlerin var olup olmadığının belirlenmesidir. Ancak, ciddi olgularda bilgisayarlı tomografi taraması daha uygun olabilir çünkü sonografi ile etkin biçimde değerlendirilemeyen pankreatik yapının değerlendirilmesine ve nekrozun belirlenmesine imkan verir. USG aynı zamanda sıvı koleksiyonlarının drenajı gibi girişimsel işlemlere kılavuzluk yapmak amacıyla da kullanılabilir. Normal pankreas, karaciğere göre izoekoik, ya da yaşın artışı ve yağ birikimine bağlı olarak hiperekoiktir (Resim 1). Pankreatitte pankreas boyutu artmış ve pankreatik parenkim ödeme bağlı olarak hipoekoik hale gelmiştir (Resim 2). Ancak, hafif vakalarda sonografik görünüm tamamen normal olabilir. Fokal pankreatit durumunda ultrasonografi pankreasta fokal büyüme ve bir pankreas neoplazisini taklit edecek biçimde hipoekoik görünüm olabilir. Ciddiyetin artışı ile birlikte peripankreatik ve perirenal dokularda ve özellikle pankreas ve mide arasında sıvı koleksiyonları olabilir. Koleksiyon içerisinde ekojen odaklar halinde görülen debrıs ya da gaz, kanama ya da apse oluşumuna işaret eder. Apse oluşumu durumunda duvar sıklıkla kalınlaşır. USG aynı zamanda pankreatik yataktaki vasküler yapıların değerlendirilmesi için de yararlıdır. Özellikle splenik ve superior mezenterik venlerdeki trombüsler Doppler sinyalinin olmaması

pankreas içinde sıklıkla oluşarak fokal bir kitleye yol açabilir ve bunun bir pankreatik karsinomadan ayırımı güç olabilir. Akut pankreatitte olduğu gibi yalancı kist oluşumu ve venöz tromboz gibi komplikasyonlar belirgin olabilir.<sup>(1,2)</sup>

**Pankreatik Neoplaziler:** Pankreatik neoplaziler insidental olarak tespit edilebildiği gibi kitle etkisine bağlı ya da hormon üretimi sonucu da tespit edilebilirler. Hormon üreten nöroendokrin tümörler sıklıkla küçük olabilirler ve tanınmaları için daha özelleşmiş testlere ihtiyaç olabilir. Pankreas başı neoplazileri daha erken belirti verme eğilimindedir çünkü ana safra kanalını tıkayıp tıkayıcı sarılık yaparlar, buna karşılık bezin geri kalanındaki tümörler klinik belirti vermeden önce oldukça büyük boyutlara ulaşabilirler.<sup>(1,2)</sup>

Pankreatik karsinoma en sık olarak hipoekoik görünür, lobüle sınırları vardır ve pankreatik konturda fokal bir çıkıntı oluşturur. Kitlenin distalinde pankreatik kanalda dilatasyon olabilir ve bezin içerisinde, içinde renkli akım olmayan, ekojenik duvarlara sahip tübüler bir yapı olarak izlenir. Pankreas başındaki ya da unsinat proçesteki lezyonlar ek olarak pankreas başına kadar uzanan safra kanalı dilatasyonu yapabilirler. Fokal kronik inflamasyondan ayırım zor olabilir ve biyopsi gerekebilir. Pankreasın görüntülenmesi mide gazı, duodenal ans ya da transvers kolon içerisindeki gaz nedeniyle zor olabilir. Bu gibi durumlarda bazı manevralar pankreasın tümünün görüntülenmesine izin verebilir. Hasta oblik, dekübit ya da ayakta pozisyonlara getirilebilir. USG probu ile kuvvetli basınç uygulanması, gazla dolu barsak anslarının yer değiştirmesine yardım edebilir. Alternatif olarak, hasta değişik solunum fazlarında değerlendirilebilir. Oral sıvı verilmesi, midenin bir pencere görevi görerek pankreatik yatağın daha iyi görülebilmesine olanak tanır. Nihayet, sol üst kadran boyunca taranarak ve dalak sonografik bir pencere olarak kullanılarak pankreas kuyruğu dalak hilusundan daha kolay incelenebilir.

## Kaynaklar

1. Noble VE, Nelson B, Sutingco AN, eds. Manual of Emergency and Critical Care Ultrasound. 7. bölüm. Gallbladder. Cambridge: Cambridge University Press; p. 135-151.
2. Naraghi A, Chan O. Abdominal emergencies. In: Brooks A, Connolly J, Chan O, eds. Ultrasound in Emergency Care. 1st ed. Massachusetts: Blackwell Publishing Ltd; 2004, p. 47-55.