

Pancreastumor vagy pancreatitis?

Dobra Mariann dr.¹ ■ Góg Csaba dr.¹ ■ Zábrák Edit dr.² ■ Makula Éva dr.²
 Tiszlavicz László dr.³ ■ Kiss Tamás dr.⁴ ■ Molnár Tamás dr.³ ■ Nagy Ferenc dr.⁴
 Farkas Klaudia dr.⁴ ■ Geese Krisztina dr.⁴ ■ Wittmann Tibor dr.⁴ ■ Szepes Zoltán dr.⁴

Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház, ¹Belgyógyászati Osztály, ²Radiológiai Osztály, Mako
 Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar,
³Patológiai Intézet, ⁴I. Belgyógyászati Klinika, Szeged

A pancreas gócos betegségei gyakran okoznak diagnosztikus problémát. Gyakran a hagyományos képalkotó vizsgálatok (CT, ultrahang) nem elég szenzitívek. Jelen esetben az obstructív icterus hátterében egy ritka körkép igazolódott, amely diagnózis kulcsát az endoszonográfia jelentette. *Ezerimertis*: A 74 éves nőbeteg sürgősséggel került felvételre sárgaság, jobb bordái alatti görcsös hasi fájdalom miatt. Laborerőleiből magas transzamináz- és kolosztanikusenzim-értékek emelkedtek ki. A hasi ultrahang méréseket intrahepaticus epéitágulató, epeliólyag-kövességet, epeliólyag-gyulladás jeleit, illetve a pancreastűzben 3 cm-es szolid képletet írt le, pancreas retrogradáló folyamat lehetőségét vetette fel. Hasi CT a duodenum leszálló szátán külső kompressziót, hasi lymphadenomegáliát, pancreastűztumor alapos gyanúját írta le, illetve a látott kép alapján pancreatitis lehetőségét is felvetette. Ezt követően a vizsgált endoszkopos retrograd kolangiográfia (ERCP) stenézist igénylő epéitű szűkületet azonban nem igazolt. A klinikai kép tisztázására endoszonográfia történt, amely tumoros felhírtkulással szemben diffúzán infiltrált pancreast velenyvezet többszörös kerék szöveti gócosokkal. A pancreastűzben hasi ultrahanggal látható, szolidnak vélelreast velenyvezet képletből core-biopsziás minávaltel történt. A szövettani vizsgálat a pancreas állományában és a peripancraticus szövetben rendkívül nagyvámú IgG₄ pozitív plazmasejtet látott. A látott szövettani kép és a klinikai alapján autómimn pancreatist velenyvezetünk. Ezt támasztotta alá a szterum-IgG₄ extrém magas értéke is. A beteg panszai szteroidterápia alkalmazása után megszűntek laborerőlekei rendeltőzöttek. *Következtetés*: Az autómimn pancreatist szteroidra jól reagál, felismerése, a tumortól való elkülönítése nagyon fontos, így a feltelegesen vizsgált pancreasresekciót elkerülhetjük. A diagnosztikus endoszonográfának kiemelt fontosságra van a pancreas gócos betegségeink differenciáldiagnosztikájában.

Videodenzitometria segítségével myocardialis perfúzió eltérései diabetes mellitusban

Domsik Péter dr. ■ Kalapos Anita dr. ■ Sasi Viktor dr. ■ Zimmermann Zsolt dr.
 Ungi Tamás dr. ■ Forster Tamás dr. ■ Ungi Imre dr. ■ Nemes Ártilla dr.

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar,
 II. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Szeged

A diabetes mellitus (DM) egy független cardiovascularis rizikófaktor, amely macro- és microvascularis eléréseket egyaránt okozhat. A koronarográfias felvételeken történő videodenzitometriás, myocardialis perfúzió jellemző paraméterek meghatározása segíthet a microvascularis elérésék diagnosztikájában. *Célkitűzés*: Jelen tanulmány célja egy új számtógépes videodenzitometriás eljárás segítségével a myocardialis perfúzió jellemző paramétereinek becslése DM-mel, illetve azzal nem bíró betegekben, akiknél a koronarográfia normális epicardialis koszorútereket igazolt. *Módszer*: A kutatásban 11 olyan DM-beteg szerepelt, akiknél koronarográfias felvétel negatív lett, vagyis az intraluminális keresztmetszeti szűkület <50% volt. Eredményeiket 62 normális epicardialis koszorúterrel rendelkező nem DM-es esetéhez hasonlítottuk. A koronarográfia indikációja valamennyi esetben típusos mellkasi fájdalom és azt követő pozitív teheléss vizsgálat volt. A perfúzió jellemzésére a vizsgált coronaria által ellátott myocardium-részlet fölött a koronarográfias felvételeken mért idő-denzitás görbékben (time density curve, TDC) számított maximális denzitás (G_{max}) és a maximális denzitás eléréséhez szükséges idő (T_{max}) arányát használtuk. A G_{max}/T_{max} értékeket az ellítség leszálló ág (LAD), a ramus circumflexus (CX) és a jobb coronaria (RC) által ellátott myocardialis régiók felett számítottuk. *Eredmények*: A G_{max}/T_{max} csökkennek bizonyult a LAD, CX és RC által ellátott myocardialis régiókban a DM-betegkéknél, szemben a nem diabteses esetekkel (G_{max}/T_{max} -LAD: $2,69 \pm 0,38$ vs. $3,23 \pm 1,39$, $p < 0,05$; G_{max}/T_{max} -CX: $2,13 \pm 0,92$ vs. $2,96 \pm 1,19$, $p < 0,05$; G_{max}/T_{max} -RC: $1,87 \pm 0,04$ vs. $2,49 \pm 1,06$, $p < 0,05$). *Következtetés*: Diabetes mellitusban szenvedő betegekben, akiknél epicardialis coronariaszűkület nem igazolható, a koronarográfias felvételeken videodenzitometria során csökkent myocardialis perfúzió mérhető videodenzitometria során.