

รายงานผู้ป่วย Mediastinal Pancreatic Pseudocyst

ธรณิศ ตันติพิริยะกิจ พ.บ.

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ณรงค์ บุญชะโหดระ พ.บ.

Mediastinal Pancreatic Pseudocyst, A Case Report

Toranis Tantipiriyakij M.D., Narong Bunyahotra M.D.

Department of Surgery Faculty of Medicine Khon Kaen University

This is a report of a patient with a mediastinal pancreatic pseudocyst presenting with chronic abdominal pain and dysphagia. The condition had been unrecognized, with the pre-operative sonographic and contrast study of the upper abdomen, until the exploratory laparotomy was performed. The natural history of mediastinal pseudocysts had been reviewed and we suggested that the best clue for the diagnosis of this rare condition was the complete medical history of the patient.

Mediastinal pancreatic pseudocyst เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อยในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบ การวินิจฉัยต้องอาศัยการซักประวัติตรวจร่างกายอย่างละเอียดรวมทั้งการเลือกใช้เครื่องมือพิเศษที่เหมาะสมในการวินิจฉัย

รายงานฉบับนี้ได้รวบรวมผลสรุปของ Mediastinal pseudocyst จากรายงานต่าง ๆ รวมทั้งนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งมาด้วยอาการปวดท้องเรื้อรังและคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยได้รับการตรวจ sonography และ contrast study ของช่องท้องส่วนบนแต่ได้รับการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด

บทนำ

Pancreatic pseudocyst หมายถึง ภาวะที่มี accumulating encapsulated collection ของเลือด, necrotic debris และน้ำหลังของตับอ่อน ซึ่งเป็นผลจากภาวะการอักเสบหรือกั้นตราบต่อตับอ่อน

อุบัติการณ์ของ pseudocyst มีประมาณร้อยละ 1-5 ของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบทั้งหมด^(1,2) แม้ว่าจะมีภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจะพบว่ามีกรวมและ collection บริเวณตับอ่อนในผู้ป่วยบางราย^(1,3) แต่ก็มีเพียงร้อยละ 50 ของ

กลุ่มผู้ป่วยที่มี collection เท่านั้นที่กลายเป็น pseudocyst⁽¹⁾

ผู้ป่วยผู้ใหญ่ร้อยละ 75-90 มีสาเหตุจากตับอ่อนอักเสบจากพิษสุรา และในเด็กมักมีสาเหตุจากกษัยตรงต่อตับอ่อน ส่วนโรคอื่น ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุได้ เช่น โรคน้ำทางเดินน้ำดี ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและตับอ่อนอักเสบเรื้อรังชนิดไม่ทราบสาเหตุ⁽⁴⁾

ตำแหน่งของ pseudocyst ส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณ body และ tail ของตับอ่อน^(1,3) แต่ในผู้ป่วยบางราย pseudocyst จะเข้าไปใน mediastinum ได้โดยเข้าไปทาง esophageal hiatus, Aortic hiatus, Foramen of Morgagni หรือทะลุผ่านกระบังลม^(4,5,6)

Mediastinal pancreatic pseudocyst แสดงอาการที่เป็นผลจากการที่ก้อนกดอวัยวะข้างเคียง และจากอาการของตับอ่อนอักเสบ ได้แก่ น้ำหนักลด หายใจขัด เจ็บหน้าอกปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน กลืนลำบาก การตรวจร่างกายคลำก้อนในท้องได้เพียงร้อยละ 21.5 แต่ส่วนใหญ่จะพบมีน้ำในช่องปอดคือ ร้อยละ 53.8⁽⁴⁾

ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา พบมีระดับ amylase สูงขึ้นเพียงร้อยละ 63⁽⁴⁾ การทำ x-ray ปอดอาจพบมีน้ำในช่องปอดหรือเงาของก้อนในช่วงอกและการตรวจ Upper GI study ในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบว่าหลอดอาหารส่วนล่างถูกดันเบียดเบนไปจากตำแหน่งปกติในทิศทางต่าง ๆ กันทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของ pseudocyst^(4,5) Sonography และ Computerized Axial Tomography scan (CAT scan) ซึ่งเป็น non-invasive technique มีส่วนช่วยอย่างมากในการวินิจฉัยและผลมักเชื่อถือได้มากกว่าการตรวจอื่น ๆ^(2,4) ส่วนการทำ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography

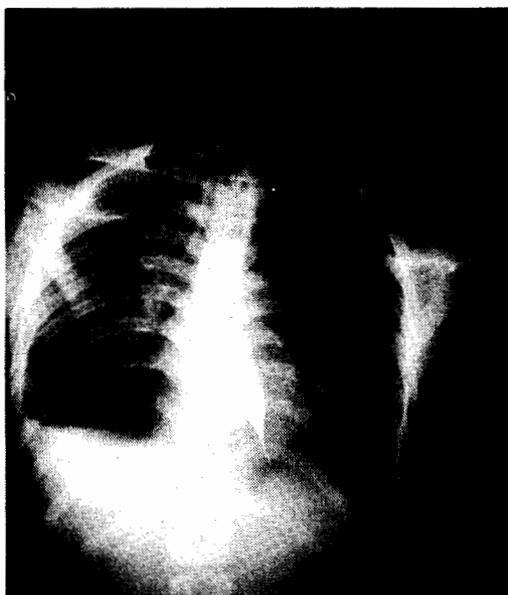
(ERCP) พิจารณาใช้ในรายที่สงสัยสาเหตุจากน้ำทางเดินน้ำดีหรือมีความผิดปกติของ pancreatic duct แต่ควรหลีกเลี่ยงหรือก่อนในระบะที่มีการอักเสบเฉียบพลันของตับอ่อนอยู่⁽⁴⁾

โรคนี้อาจมี spontaneous resolution ได้ บางครั้งเกิดขึ้นหลังจากที่มีการทะลุเป็น fistula เช่น ต่อกับหลอดเลือด⁽⁴⁾ การรักษา mediastinal pancreatic pseudocyst ควรใช้วิธีผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องและทำ internal drainage จาก cyst ลงสู่กระเพาะหรือลำไส้เล็กส่วนต้น^(4,6) ส่วนการทำ external drainage มักมีปัญหาเรื่องการกลับเป็นใหม่และ fistula⁽⁷⁾

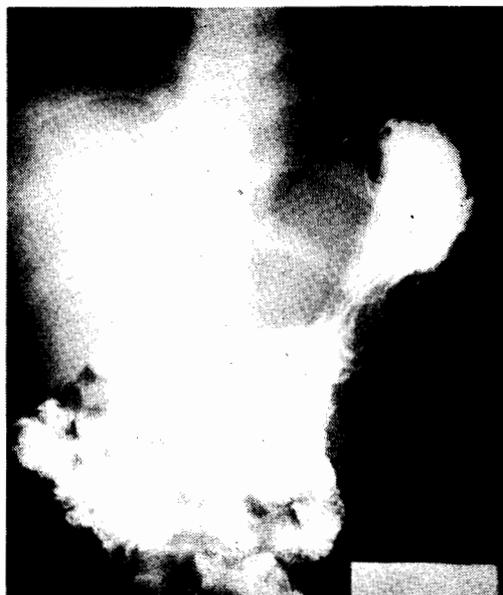
รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 18 ปี อาชีพทำนา ถูกส่งตัวมาด้วยเรื่องคลื่นลำบาก 10 วัน มีประวัติปวดท้องบริเวณลิ้นปี่และอึดแน่นเมื่อ 2 ปีก่อน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะและรับยาจากโรงพยาบาลชุมชนมาตลอด อาการปวดท้องกำเริบขึ้นเป็นระยะและรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะ 2 ปีนี้ บางครั้งปวดร้าวไปด้านหลัง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคลื่นลำบากและเจ็บหน้าอกเมื่อ 10 วันก่อน อาการเป็นมากกับอาหารเหลวและรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนไม่สามารถรับประทานได้เลย 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยสำรอกและปวดบริเวณลิ้นปี่อย่างมากทุกครั้งที่พยายามรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ผู้ป่วยไม่มีประวัติติดยา

ตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36.8°ซ. หายใจ 32 ครั้ง/นาที ไม่มีตาเหลือง มี fine crepitation และเคาะทึบที่ชายปอดขวา กดเจ็บบริเวณลิ้นปี่ แต่ไม่พบก้อนผิดปกติทั้งจากการคลำหน้าท้องและตรวจทวารหนัก ภาพทางรังสีปอดพบมี pleural effusion และ pneumonia ที่ชายปอดขวา เจาะได้น้ำสีเหลืองใส barium swallowing ทำจากโรงพยาบาลชุมชน ก่อนส่งผู้ป่วยมามี dilatation



รูปที่ 1 Barium swallowing พบมี extrinsic mass ดันหลอดอาหารส่วนล่างไปทางด้านซ้ายและมี dilatation

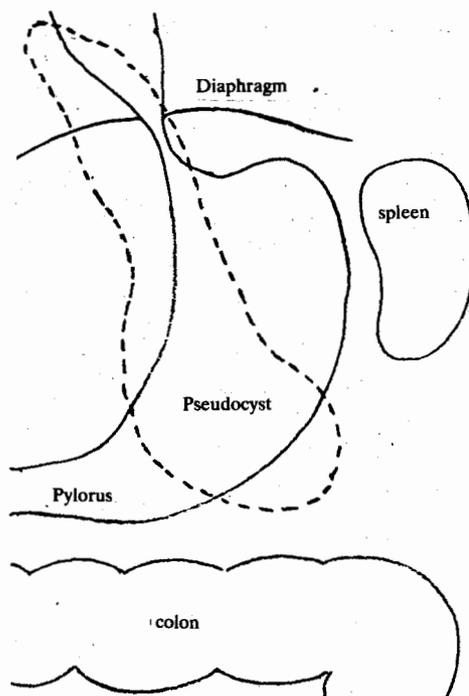


รูปที่ 2 Upper GI series พบมี filling defect ที่ greater curvature ของกระเพาะอาหารส่วน body

ที่ esophagus และ extrinsic mass ดันหลอดอาหารส่วนล่างไปด้านซ้าย (รูปที่ 1) เมื่อทำ gastroscopy พบว่า gastric mucosa ปกติ แต่มีการบวมและตีบบริเวณ Esophagogastric junction ผู้ป่วยกลืนอาหารสะดวกขึ้นบ้างหลังจากการส่องตรวจ gastroscopy แต่ยังมีอาการเจ็บหน้าอกและคลื่นปี่ เมื่อทำ upper GI study 4 วันต่อมาพบว่า esophagus ยังมี dilatation และมี pressure effect เช่นเดิม นอกจากนี้ยังพบว่ามี filling defect ที่บริเวณ body ของ stomach (รูปที่ 2) ผลการทำ sonography ของช่องท้องส่วนบนไม่พบสิ่งผิดปกติ

ได้ให้การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าเป็น Reflux esophagitis ร่วมกับ Aspirated pneumonia ซึ่งเป็นผลแทรกซ้อน

เมื่อทำการ Exploratory Laparotomy พบว่าตับและถุงน้ำดีมีลักษณะปกติ ไม่พบน้ำจากการตรวจคลำและพบมีก้อนแข็งใน lesser sac



รูปที่ 3 แผนภาพแสดงตำแหน่งของ pseudocyst ที่ตรวจพบขณะทำผ่าตัดพบว่าเป็น pseudocyst ของบริเวณ body และ tail ของ pancreas ส่วน head มีลักษณะปกติ

ยึดติดกับ esophagus, stomach, transverse colon และมี obliteration ของ gastrocolic space ก้อนนี้ผ่านเข้าไปใน posterior mediastinum ทาง esophageal hiatus เมื่อทำการ mobilize ม้ามและตับอ่อนจึงพบว่าก้อนนั้นคือ pseudocyst ของ pancreas เป็น single cystic mass จาก lesser sac จนถึง distal esophagus (รูปที่ 3) ผนังก้อนหนา 0.5 เซนติเมตร น้ำภายในมีลักษณะสีเขียวปนน้ำตาลเห็นขุ่นซึ่งมีค่า amylase 5190 iu ตับอ่อนส่วนอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงได้ทำ internal drainage โดยวิธี Roux-en-y cystojejunostomy ผล serum amylase ในวันแรกหลังผ่าตัดเท่ากับ 460 iu (ปกติ 140-390 iu)

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วหลังผ่าตัด เมื่อทำการตรวจซ้ำอีก 1 เดือน ต่อมาพบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ปกติไม่มีอาการปวดท้อง abdominal sonography และ upper GI study เมื่อ 1 และ 2 เดือนตามลำดับหลังผ่าตัดแสดงผลปกติ

ผลชิ้นเนื้อยืนยันว่าเป็นผนัง pseudocyst

วิจารณ์

การวินิจฉัยโรค pseudocyst อาจทำได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติของตับอ่อนอักเสบนำมาก่อน คลำไม่ได้ก้อนหรือไม่สามารถแยกจากโรคกระเพาะได้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายนี้ซึ่งได้รับการรักษาอาการปวดท้องโดยใช้ยารักษาโรคกระเพาะมาตลอดจนกระทั่งมีอาการกลืนลำบาก และน้ำหนักลด จึงได้รับการตรวจทางรังสีเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามเมื่อได้ทำการวินิจฉัยด้วย upper GI series และ gastroduodenoscope แล้ว ไม่พบสาเหตุน่าจะทำให้คิดถึงโรคของอวัยวะข้างเคียงของทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น ตับอ่อนและถุงน้ำดี ซึ่งควรจะได้รับการตรวจอื่น ๆ ให้

ละเอียดยิ่งขึ้น

อาการปวดท้องเรื้อรังคาดว่าเป็นผลจาก chronic pseudocyst ซึ่งเกิดตามหลังตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากไม่พบประวัติบาดเจ็บ ติดสุรา ภาวะพร่องของระบบน้ำเหลืองของตับอ่อน รวมทั้งการตรวจร่างกายและขณะผ่าตัดก็ไม่พบสาเหตุอื่น ๆ เช่น นิวเคลียสที่ chronic pseudocyst ไม่มี spontaneous resolution จนกระทั่งโตมากดเบียดบริเวณหลอดอาหารส่วนล่าง จึงทำให้มีอาการกลืนลำบาก แม้ว่าการตรวจ upper GI study จะแสดงถึงก้อนในช่องท้องต้นกระเพาะอาหาร แต่การตรวจด้วย sonography ก็ยังแสดงผลปกติได้ ทั้งนี้เพราะความหนาของหน้าท้อง ลมในลำไส้กระเพาะอาหารรวมทั้งซีโรรงล้วนมีผลในการแปรผลทำให้มี accuracy เพียงร้อยละ 66-90 (3,4,8) ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ การทำ CAT scan อาจจะช่วยบอกผลการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดได้ดีกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีหลายก้อนขนาดเล็กหรือ extent ไปใน mediastinum (3,4,8)

แม้ว่า spontaneous resolution ของ pseudocyst จะเกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบ⁽⁸⁾ แต่ส่วนใหญ่จะเกิดในผู้ป่วย pseudocyst ซึ่งตามหลังตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลันและมักจะเกิดขึ้นภายใน 6 สัปดาห์⁽⁹⁾ การรอในระยะนี้อาจช่วยให้สามารถเลี่ยงการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น หรือช่วยให้การผ่าตัดง่ายขึ้น เนื่องจากผนังของ pseudocyst จะ mature ขึ้น ทำให้ง่ายต่อการตัดต่อ แต่การรอก็มีโอกาเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนถึงร้อยละ 41 และอัตราการตายร้อยละ 12⁽⁵⁾ และพบว่าร้อยละ 70 ของ pseudocyst ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดจะมีโรคแทรกซ้อนที่ต้องการการผ่าตัดอย่างรีบด่วน⁽³⁾ โรคแทรกซ้อน

ที่รุนแรงและอันตรายที่สุดคือภาวะเลือดออก รongลงมาคือการแตกเข้าช่องท้อง การติดเชื้อและ fistula⁽¹⁾ ดังนั้น การพิจารณาทำผ่าตัดเลย ในราย ที่มีโรคแทรกซ้อนหรือเกิดตามหลังตับอ่อนอักเสบ เรื้อรัง หรือผนัง pseudocyst หนา แต่ควรระรอ 3-6 สัปดาห์ในรายที่เป็น pseudocyst ที่เกิดตามหลัง ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

วิธีทำผ่าตัดขึ้นกับขนาด ตำแหน่ง ความหนา ของผนัง pseudocyst รวมทั้งภาวะติดเชื้อในรายที่ ผนัง pseudocyst หนา เย็นง่าย อาจเลือกใช้ internal drainage โดยวิธี cystogastrostomy หรือ cystoenterostomy ส่วน external drainage ควร เลือกใช้เฉพาะในรายที่ผนังเพื่อยบง มีภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยทนการผ่าตัดไม่ได้ แต่ก็ต้องยอมรับว่าโอกาส ที่จะเกิดเป็นใหม่ และโรคแทรกซ้อนมากกว่าวิธี แรก^(3,10,11)

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่เป็น chronic pancreatic pseudocyst โดยไม่ทราบสาเหตุซึ่งผ่าน เข้าไปถึง posterior mediastinum ทาง esophageal hiatus ทำให้ผู้ป่วยมาด้วยอาการกลืนลำบาก และรักษาด้วยการทำผ่าตัด cystojejunostomy

Sonography ของช่องท้องอาจให้ผลผิดพลาด ได้ดังในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งต้องอาศัยการผ่าตัดเพื่อ ให้การวินิจฉัย การได้ประวัติการเจ็บป่วยอย่าง

ละเอียดเพิ่มเติมจะช่วยให้การวินิจฉัยแม่นยำขึ้น และช่วยในการเลือกใช้เครื่องมือวินิจฉัยที่เหมาะสม ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Belinlie SA, Russell JC, Deutssch J, et al. Pancreatic pseudocyst. Am Surg 1983; 49: 586-90.
2. Sandy JT, Taylor RH, Christensen RM, et al. Pancreatic pseudocyst. Changing concepts in management. Am J Surg 1981; 141: 574-6.
3. Ephgrave K, Hunt JL. Presentation of pancreatic pseudocysts: Implications for timing of surgical intervention. Am J Surg 1986; 151: 749-753.
4. Johnston RH, Owensby LC, Vargas GM, et al. Pancreatic pseudocyst of the mediastinum. Ann Thorac Surg 1986; 41: 210-2.
5. Kirchner SG, Heller RM, Smith CW. Pancreatic pseudocyst of the mediastinum. Radiology 1977; 123: 37-42.
6. Banks PA, Mclellan PA, Gerzof SG, et al. Mediastinal pancreatic pseudocyst. Dig Dis Sci 1984; 29: 664-8.
7. Jaffe BM, Ferguson TB, Holtz S, et al. Mediastinal pancreatic pseudocysts. Am J Surg 1972; 124: 600-5.
8. Moossa AR, Bell RH. Pancreatic cyst, Pseudocysts, Fistulas and pancreas divisum. In: Schwartz SI, Ellis H, Hussels WC. Maingot's Abdominal operations 8th ed. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crafts, 1985: 2082-9.
9. Warshaw AL, Rattner DW. Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocyst. Clinical and chemical criteria. Ann Surg 1985; 202: 720-4.
10. Boggs BR, Potts JR, Postier RG. Five year experience with pancreatic pseudocysts. Am J Surg 1982; 144: 685-8.
11. Aranha GV, Prinz RA, Freeark RJ, et al. Evaluation of therapeutic options for pancreatic pseudocyst. Arch Surg 1982; 117: 717-21.