รายงานผู้ป่วย

Case Report

เนื้องอกตับอ่อนชนิด Solid Pseudopapillary Tumor : รายงานผู้ป่วยและทบทวนวารสาร

Solid Pseudopapillary Tumor of Pancreas : A Case Report and Literature Review

*ภัทร์วดี ปิยารมย์, พ.บ.**
*Patwadee Piyarom, M.D.**
**กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000*
**Department of Radiology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand, 30000*
Corresponding author. E-mail address : patwadee.pyr@gmail.com
Received : 2 Sept 2020. Revised : 28 Sept 2020. Accepted : 16 Nov 2020

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 16 ปี มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่มา 1 สัปดาห์ ตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนที่ช่องท้องด้านซ้ายบน ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบก้อนถุงน้ำขนาดใหญ่ที่ตับอ่อนส่วนปลาย และได้รับการส่องกล้องอัลตราซาวด์และใช้เข็มตัดชิ้นเนื้อมาตรวจ ผลชิ้นเนื้อพบ epithelial tumor สงสัย solid pseudopapillary tumor ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด distal pancreatectomy และ splenectomy ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาให้การวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกตับอ่อนชนิด Solid pseudopapillary tumor ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ติดตามการรักษาด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลังผ่าตัด 8 เดือน ไม่พบเนื้องอกกลับเป็นซ้ำหรือการกระจายไปที่อวัยวะอื่น แต่ยังต้องติดตามดูอาการในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ : เนื้องอกตับอ่อนชนิด solid pseudopapillary tumor เนื้องอกชนิดถุงน้ำของตับอ่อน

ABSTRACT

A case of a 16-year-old female patient presented with epigastrium pain for 1 week. Ultrasound showed a large, well-defined, heterogenous hypoechoic lesion at the left upper abdomen. Computed tomography (CT) revealed a large, well-encapsulated, cystic mass in the pancreatic tail. Endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy (EUS-FNB) were performed. Pathological diagnosis revealed epithelial tumor, possible solid pseudopapillary tumor. The patient underwent distal pancreatectomy and splenectomy. Finally, pathological diagnosis revealed solid pseudopapillary tumor of pancreas. No postoperative complication was detected. After 8 months follow up with CT showed no recurrent tumor or distant metastasis. Long-term follow-up was suggested.

Keywords : Solid pseudopapillary tumor of pancreas, pancreatic cystic neoplasm

หลักการและเหตุผล

เนื้องอกตับอ่อนชนิด solid pseudopapillary tumor (SPT) พบน้อยกว่าร้อยละ 1-3 ของเนื้องอกตับอ่อนชนิดที่ไม่มีการหลั่งฮอร์โมน (exocrine pancreatic tumor)[1,2] พบมากในเพศหญิงร้อยละ 90 ส่วนใหญ่อายุน้อยประมาณ 20-30 ปี มักมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง คลำได้ก้อนในท้อง หรืออาจจะไม่มีอาการ[1-3] เนื้องอกตับอ่อนชนิด SPT เป็นเนื้องอกที่มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งน้อย (low malignant potential) สามารถหายขาดได้หลังจากผ่าตัดเนื้องอกออกหมด การพยากรณ์โรคดีมากแม้ในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคถ้าได้รับการผ่าตัด จึงมีความสำคัญในการให้การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด เพื่อวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนรายงานผู้ป่วยที่เป็น SPT ในประเทศไทยจำนวน 6 ราย[4-9] พบเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุตั้งแต่ 13-23 ปี ส่วนใหญ่มาด้วยอาการคลำได้ก้อนในท้อง วินิจฉัยโรคจากการตรวจอัลตราซาวด์และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ มีผู้ป่วย 1 ราย[8] ที่ได้ทำตรวจส่องกล้องอัลตราซาวด์และใช้เข็มเจาะชิ้นเนื้อ (Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) พบเลือดแต่ไม่พบเซลล์มะเร็ง แต่ยังไม่มีรายงานผู้ป่วย SPT ที่ตรวจส่องกล้องอัลตราซาวด์และใช้เข็มตัดชิ้นเนื้อ (Endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy (EUS-FNB))

รายงานนี้ขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา หนังสือรับรอง 130/2020 ลงวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ.2563 นี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่เป็น SPT ที่ได้ทำการ EUS-FNB โดยให้การวินิจฉัยเบื้องต้นก่อนการผ่าตัด ว่าสงสัย SPT เป็นรายงานฉบับแรกในประเทศไทย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 16 ปี มีโรคประจำตัวต่อมไทรอยด์อักเสบเรื้อรัง (autoimmune thyroiditis) ไม่ได้กินยา ส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยเรื่องมีก้อนที่ตับอ่อน มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่มา 1 สัปดาห์ ไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง ตรวจร่างกายปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: WBC 11,590 cells/cu.mm. (N 66.6%, L 24.0%, Mono 7.4%, EO 1.6%), Hb 11.2 g/dl, platelet 262,000 cells/cu.mm. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ BUN, Creatinine, Electrolytes, Serum amylase และ Urinalysis อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง ได้แก่ CA 19-9, CA125 และ CEA อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง (ภาพที่ 1) พบ large, well-defined, heterogenous hypoechoic lesion at the left upper abdominal region ขนาด 7.0x7.5 เซนติเมตร ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (ภาพที่ 2) พบ a well-encapsulated cystic mass in the pancreatic tail and slight enhancement of the cyst wall ขนาด 7.0 x 6.8 x 6.7 เซนติเมตร ไม่มีการลุกลามของก้อนไปอวัยวะข้างเคียง ได้ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Pancreatic pseudocyst ขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูง ตรวจไม่พบภาวะติดเชื้อที่อื่น สงสัยเป็น infected pancreatic pseudocyst ได้รับยาปฏิชีวนะ 3 วัน ไข้ไม่ลดลง ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อทำการส่องกล้องอัลตราซาวด์ (endoscopic ultrasound/EUS) ผลพบ well-circumscribed hypoechoic mass at the pancreatic tail และได้ใช้เข็มตัดชิ้นเนื้อมาตรวจ (EUS-FNB) ผลชิ้นเนื้อพบ epithelial tumor สงสัย solid pseudopapillary tumor ขณะนอนรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ไม่มีอาการไข้หรือปวดท้อง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตับอ่อนส่วนปลายและม้าม (distal pancreatectomy with splenectomy)

ผลพยาธิวิทยา

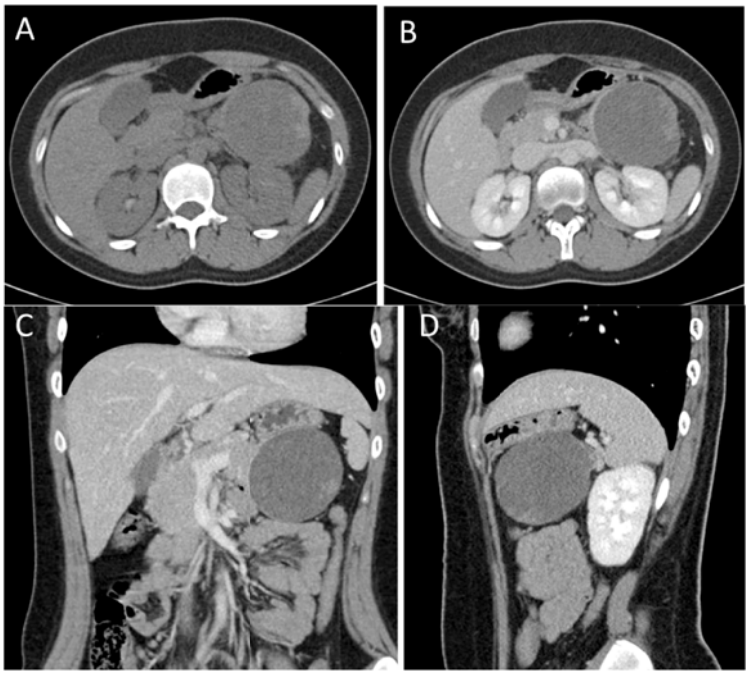
Gross appearance : Tumor size 10 x 7.5 x 5 cm, confined into the pancreas. Cut sections of the mass show diffuse dark brown and gray brown cut surfaces with necrosis and hemorrhage.

Microscopic appearance (ภาพที่ 3) : H&E stain shows poorly cohesive monomorphic tumor cells that cling to hyalinized fibrovascular cords. Pseudo papillae, comprising tumor cells detaching from the fibrovascular stalks are noted. Free resected margin. No vascular invasion seen.

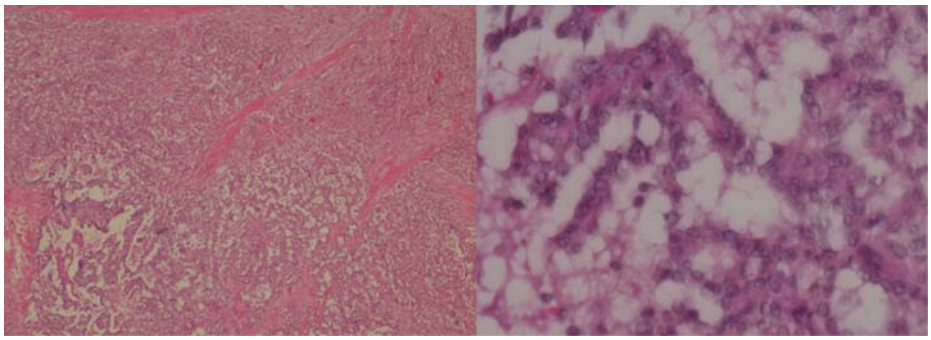
Immunohistochemistry (ภาพที่ 4) : Tumor cells diffusely mark with vimentin, beta-catenin, alpha1-antitrypsis, focally and faintly mark with AE1/AE3, CD10 and do not mark with chromogranin and synaptophysin immunostaining.

ให้การวินิจฉัยเป็นเนื้องอกตับอ่อนชนิด SPT หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้วันที่ 5 หลังผ่าตัด ติดตามการรักษาด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลังผ่าตัด 8 เดือน ไม่พบเนื้องอกกลับเป็นซ้ำหรือการกระจายไปที่อวัยวะอื่น

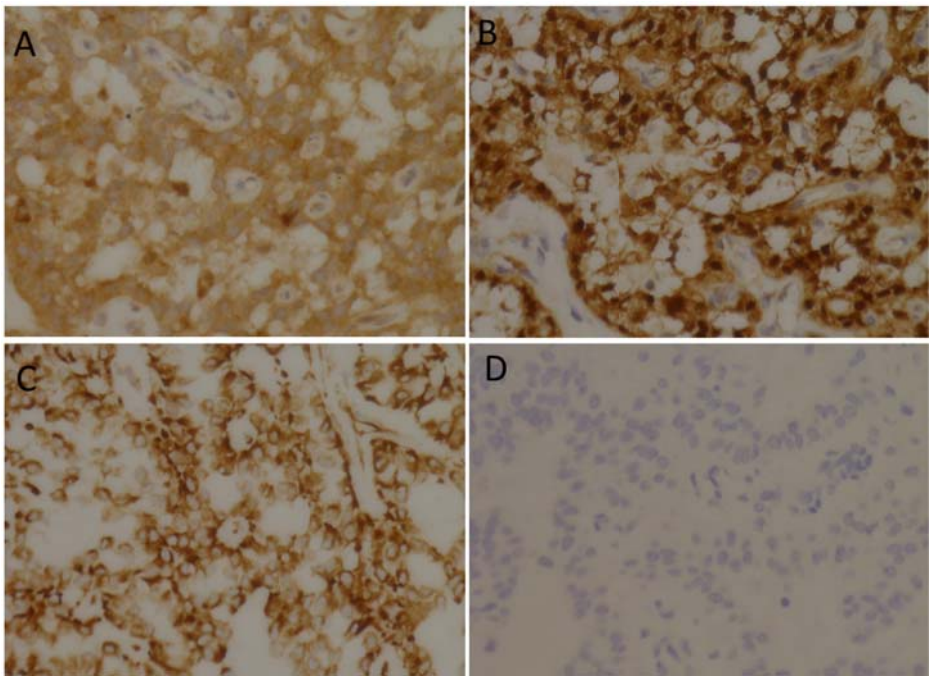
ภาพที่ 1 ภาพอัลตราซาวด์ช่องท้อง พบ a large, well-defined, heterogenous hypoechoic lesion at the left upper abdominal region



ภาพที่ 2 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ก่อน (รูป A) และหลังฉีดสารทึบรังสี (รูป B, C, D) พบ a well-encapsulated cystic mass in the pancreatic tail and slight enhancement of the cyst wall, measured about 7.0 x 6.8 x 6.7 cm in AP x W x CC. High density within the lesion corresponds to hemorrhage.



ภาพที่ 3 H&E stain: Poorly cohesive monomorphic tumor cells that cling to hyalinized fibrovascular cords. Pseudo papillae, comprising tumor cells detaching from the fibrovascular stalks.



ภาพที่ 4 ย้อม immunohistochemistry พบ positive ใน vimentin (A), beta-catenin (B), alpha1-antitrypsin (C) และ negative ใน chromogranin and synaptophysin (D).

วิจารณ์

เนื้องอกตับอ่อนชนิด solid pseudopapillary tumor (SPT) เป็นเนื้องอกที่พบได้น้อยมาก มีการรายงานครั้งแรกในปี ค.ศ.1959 โดย Frantz เรียกว่า “papillary tumor of the pancreas, benign or malignant”[10] หลังจากนั้นมีการเรียกชื่ออื่นๆ จนในปี ค.ศ.1996 องค์การอนามัยโลกได้ให้ชื่อโรคนี้ว่า “solid pseudopapillary tumors” of the pancreas[11]

เนื้องอกตับอ่อนชนิด SPT พบมากในเพศหญิงอายุน้อย Papavramidis และคณะ[1] ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยพบอัตราส่วนในเพศหญิงต่อชายประมาณ 10 ต่อ 1 และอายุเฉลี่ย 22 ปี (ตั้งแต่ 2-85 ปี) Yu และคณะ[3] ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยพบอัตราส่วนในเพศหญิงต่อชายประมาณ 9 ต่อ 1 และอายุเฉลี่ย 27.2 ปี (ตั้งแต่ 6-71 ปี) ในเด็กพบเนื้องอกของตับอ่อนน้อยมาก แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบ SPT ได้มากถึงร้อยละ 50 ของเนื้องอกตับอ่อนในเด็ก โดยอายุเฉลี่ย 13 ปี และเป็นเด็กผู้หญิงร้อยละ 80[12]

สาเหตุหรือพยาธิกำเนิด (pathogenesis) ของโรคนี้ยังไม่ทราบชัดเจน แต่เนื่องจากโรคนี้ส่วนใหญ่จะพบในผู้หญิง จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับ gender hormonal receptors แต่ก็ไม่พบความสัมพันธ์ของ sex-hormone receptors กับการเกิดโรค

อาการของเนื้องอกตับอ่อนชนิด SPT ส่วนใหญ่มาด้วยอาการปวดท้อง คลำได้ก้อนในท้อง แน่นท้องหรือไม่สบายในท้อง หรืออาจไม่มีอาการได้ อาการอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เหลือง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้พบได้น้อย[1-3]

เนื้องอกตับอ่อนชนิด SPT พบได้ทุกส่วนของตับอ่อน ตำแหน่งที่พบได้บ่อยที่สุดคือส่วนหัว (ร้อยละ 34-50) และหาง (ร้อยละ 23-42) ส่วนเนื้อเยื่ออื่นๆ นอกตับอ่อนพบได้แต่น้อย เพียงประมาณร้อยละ 1.0-1.8 มีรายงานที่นอกเยื่อบุช่องท้อง ต่อมหมวกไต mesentery ขนาดของก้อนส่วนใหญ่จะมีขนาดใหญ่โดยค่าเฉลี่ยเส้นผ่านศูนย์กลาง 6-9 เซนติเมตร[1-3]

ลักษณะ (morphology) ของ SPT จะเป็นก้อนขนาดใหญ่ ขอบเขตชัดเจน มี cyst เป็นส่วนประกอบหลักหรือเป็นก้อนเนื้อที่มี cyst เป็นส่วนประกอบ

การตรวจทางรังสีวินิจฉัย อัลตราซาวด์จะพบลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่ ขอบเขตชัดเจน มี variable echogenicity มีส่วนที่เป็น solid และ cyst อาจจะพบ septations และ peripheral calcifications ในก้อนขนาดเล็กอาจพบเป็น hypoechoic solid mass[13] เอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะพบลักษณะก้อนที่มีขอบเขตชัดเจน (well encapsulated) มีทั้ง solid และ cyst เป็นส่วนประกอบ พบ hemorrhage และ curvilinear calcification หลังฉีดสารทึบรังสีจะมี enhancement ขึ้นที่บริเวณที่เป็น solid ซึ่งมักอยู่บริเวณขอบของก้อน ส่วน cyst มักจะอยู่บริเวณกลางก้อน[14] การตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) จะมีประสิทธิภาพดีกว่าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในการแยกส่วนประกอบที่เป็น cystic หรือ solid ของก้อน พบลักษณะที่จำเพาะคือ hemorrhage, cystic degeneration หรือ capsule โดยจะพบ well-defined lesion with a mix of high and low signal intensity on T1WI and T2WI, hypointense rim on both T1WI and T2WI บริเวณที่มี hemorrhage จะเห็น high signal on T1WI and low signal on T2WI ใช้แยกจาก islet cell tumors ซึ่งส่วนที่เป็น cyst จะมี moderately increased signal intensity on T1WI and increased signal intensity on T2WI Gadolinium-enhanced dynamic MRI จะเห็นลักษณะ mild peripheral heterogeneous enhancement of the solid portion in the early arterial phase with progressive fill-in of the lesion in the portal venous and equilibrium phases ซึ่งใช้แยกจาก neuroendocrine tumors ซึ่งจะมี early marked arterial enhancement and prolonged enhancement up to the delayed phase[15,16]

Chung และคณะ[17] ได้ทำการศึกษาความแตกต่างของลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าใน benign และ malignant SPT พบว่า margin และ capsule ของก้อนเนื้องอกสามารถช่วยแยก benign SPT จาก malignant SPT ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก้อนที่มี focal lobulated margin และ focal capsule discontinuity จะสงสัยว่าเป็น malignant SPT ส่วนก้อนที่มี oval/round หรือ smoothly lobulated margin และ complete encapsulation จะบ่งชี้ว่าเป็น benign SPT ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Yu[15] และ Yin[18]

Accuracy ของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ในการแยกชนิดจำเพาะของเนื้องอกชนิดถุงน้ำของตับอ่อน ร้อยละ 40-81 และ ร้อยละ 40-95 ตามลำดับ[19]

การตรวจ EUS ร่วมกับการตรวจทางรังสีวินิจฉัยอื่นๆ จึงมีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ลักษณะทางรังสีวิทยาไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ชัดเจน หรือในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการผ่าตัดสูงเพื่อยืนยันว่าเป็นมะเร็งก่อนการผ่าตัด EUS สามารถดูลักษณะ (morphology) ของถุงน้ำและส่วนประกอบภายในที่สงสัยมะเร็งได้ หากพบว่ามีก้อนเนื้อ (mural nodule) จะบ่งถึงความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งสูงขึ้น[19]

ลักษณะของ pancreatic pseudocyst ที่พบใน EUS จะเป็นถุงน้ำเดี่ยว (unilocular cyst) รูปร่างกลม ภายในไม่มีผนังกั้นและไม่มีเนื้อ ผนังของถุงน้ำอาจจะบางหรือหนา และในถุงน้ำจะพบมีตะกอน (debris)[20]

ลักษณะของ SPT ที่พบใน EUS จะเห็นเป็นก้อนที่มีขอบเขตชัดเจน hypoechoic heterogenous อาจพบเป็น mixed solid and cystic mass หรือ predominantly solid mass[20]

EUS มี accuracy, sensitivity และ specificity ค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ 48-94, 36-91 และ 45-81 ตามลำดับ[19] จึงไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยถุงน้ำตับอ่อนได้ทั้งหมด EUS ยังมีประโยชน์ในแง่ของการเจาะชิ้นเนื้อ (EUS-FNA) เพื่อดูลักษณะของสารน้ำภายใน และส่งตรวจเพิ่มเติมทางเซลล์วิทยา (Cytology) ชีวเคมี (Biochemistry) และ พันธุศาสตร์ (Genetic) การตรวจ cytology มี specificity สูง (ร้อยละ 83-100) แต่ accuracy ต่ำ (ร้อยละ 8-59) เนื่องจาก sensitivity ต่ำ (ร้อยละ 27-48) เพราะสิ่งส่งตรวจมีเซลล์น้อย[19] จึงแนะนำให้ทำ EUS-FNA ร่วมกับการทำ EUS เพื่อให้ได้การวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้องมากขึ้น ในการแยกเนื้องอกชนิดถุงน้ำของตับอ่อน mucinous กับ non-mucinous และแยก malignant กับ benign

EUS-FNA สามารถช่วยให้การวินิจฉัย SPT ก่อนการผ่าตัดได้ดี มี accuracy ค่อนข้างสูง ถึงร้อยละ 82[21]

EUS-FNB มักใช้ในการวินิจฉัย solid pancreatic mass มากกว่า cystic pancreatic lesion เนื่องจากมี accuracy สูงเพราะได้ชิ้นเนื้อที่เพียงพอ เซลล์มีรูปร่าง (architecture) ดี ช่วยในการดู histology ได้

Maimone และคณะ[22] ได้ทำการศึกษา พบว่าผู้ป่วย SPT 5 ราย ที่ทำ EUS-FNB สามารถให้การวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดได้ทั้ง 5 ราย ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำ EUS-FNB และให้การวินิจฉัยเป็น epithelial tumor สงสัย solid pseudopapillary tumor

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของเนื้องอกตับอ่อนชนิด SPT ลักษณะทางกายวิภาคเป็นก้อนเนื้องอกที่มีผนังหุ้มเห็นขอบเขตชัดเจน (well-encapsulated) แยกออกจากเนื้อเยื่อตับอ่อนที่ปกติ ประกอบด้วยส่วนของเนื้องอก (solid area) และส่วนของน้ำหรือซีสต์ (degenerative area) ที่มี hemorrhage และ necrosis[1-3] ลักษณะทางเนื้อเยื่อวิทยา ในส่วนเนื้องอก (solid area) จะพบ sheets and cords of polygonal epithelioid cells around fibrovascular stalks ในส่วนที่เป็นน้ำหรือซีสต์ (degenerative area) จะพบ cystic spaces containing foamy macrophages, cholesterol clefts, psammoma bodies and hemorrhage[1] Nishihara และคณะ[23] ศึกษาพบว่าก้อนเนื้องอกที่มี necrosis, vascular/perineural invasion, high nuclear grade และ prominent necrobiotic nests จะมี malignant potential และมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น

การตรวจทาง immunohistochemical จะให้ผลบวกต่อ vimentin (Vim), alpha-1-antitrypsin (AAT), alpha-1-antichymotrypsin (AACT), neuron specific enolase (NSE), CD10, CD56 และ CD99[1,2]

เนื่องจากอุบัติการณ์ของ SPT ต่ำ จึงยังไม่มีแนวทางการรักษาและการติดตามการรักษาที่ชัดเจน

การรักษามาตรฐานของเนื้องอกตับอ่อนชนิด SPT คือ การผ่าตัดโดยเอาเนื้องอกออกให้ได้มากที่สุด (complete surgical resection, R0) วิธีการผ่าตัดขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของเนื้องอก นิยมทำเป็น Pancreaticoduodenectomy ถ้าก้อนอยู่ส่วนหัวของตับอ่อน และ Distal pancreatectomy ถ้าก้อนอยู่ส่วนลำตัวหรือหางของตับอ่อน การมีการลุกลามของเนื้องอกไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงหรือกระจายไปที่อวัยวะอื่นไม่ใช่ข้อห้ามในการผ่าตัด การเลาะต่อมน้ำเหลืองไม่จำเป็นพบว่ามีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองน้อยมาก ในกรณีที่เนื้องอกมีขนาดใหญ่มากหรือมีการลุกลามไปอวัยวะข้างเคียงควรเอาก้อนเนื้องอกที่มองเห็นออกไปให้ได้มากที่สุด[24,25]

การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) และการฉายรังสี (radiotherapy) ยังมีรายงานน้อย จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิภาพของการรักษาได้ มีรายงานการให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีการการกระจายของเนื้องอกไปที่ตับ[26] และในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ (unresectable tumor) เพื่อลดขนาดก้อนก่อนผ่าตัด[27] และมีรายงานการให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยที่มีการ

กระจายของเนื้องอกไปที่ตับ ต่อมน้ำเหลือง หลังการผ่าตัดซึ่งได้ผลดี[28] มีรายงานการรักษาด้วยการฉายรังสีในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ (unresectable tumor) ซึ่งสามารถลดขนาดของก้อนได้[29,30]

การรักษาอื่นในผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ มีกระจายของโรค หรือ ผ่าตัดไม่ได้ ยังมีการให้ยาเคมีบำบัดผ่านทางเส้นเลือดแดง hepatic artery (transcatheter arterial chemoembolization) การใช้ความร้อนจากพลังงานคลื่นวิทยุ (radiofrequency ablation) ซึ่งยังมีรายงานน้อย

เนื้องอกตับอ่อนชนิด SPT มีการพยากรณ์โรคดีมาก มากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วย SPT ที่เนื้องอกจำกัดอยู่เฉพาะตับอ่อนจะหายขาดจากโรคหลังจากผ่าตัดเนื้องอกออกหมด[2,31] น้อยกว่าร้อยละ 10 ที่มีการกลับเป็นซ้ำที่ตำแหน่งเดิม[7] การแพร่กระจายหรือลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียงพบได้น้อยร้อยละ 10-15 โดยส่วนใหญ่แพร่กระจายไปยังตับ เยื่อบุช่องท้อง ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง[24] โรคนี้มี 5-year และ 10-year survival rate ที่ร้อยละ 95-97[1,3] และ 96[32]

สรุป

เนื้องอกตับอ่อนชนิด SPT เป็นเนื้องอกที่พบได้น้อยมาก ส่วนใหญ่มาด้วยอาการปวดท้อง คลำได้ก้อนในท้อง แน่นท้องหรือไม่สบายในท้อง หรืออาจไม่มีอาการได้ แพทย์ควรคิดถึงเนื้องอกชนิดนี้ในผู้ป่วยหญิงอายุน้อยที่มีก้อนเนื้องอกที่ตับอ่อนที่มีลักษณะเป็นเนื้อผสมกับถุงน้ำ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและการส่องกล้องอัลตราซาวด์และใช้เข็มเจาะตัดชิ้นเนื้อ สามารถช่วยวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง โรคนี้มีการพยากรณ์โรคดีมาก การรักษาที่ให้ประสิทธิผลดีคือการผ่าตัดโดยเอาเนื้องอกออกให้ได้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Papavramidis T, Papavramidis S. Solid pseudopapillary tumors of the pancreas: review of 718 patients reported in English literature. J Am Coll Surg 2005;200(6):965-72.
2. El Nakeeb A, Abdel Wahab M, Elkashef WF, Azer M, Kandil T. Solid pseudopapillary tumour of the pancreas: Incidence, prognosis and outcome of surgery (single center experience). Int J Surg 2013;11(6):447-57.
3. Yu PF, Hu ZH, Wang XB, Guo JM, Cheng XD, Zhang YL, et al. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: a review of 553 cases in Chinese literature. World J Gastroenterol. 2010; 16(10):1209-14.
4. อเนกนุช ยโสธร. Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas: a case report. วารสารแพทย์เขต 4 2541;17(2):203-8.
5. ทศพร อุทธิเสน. ก้อนเนื้องอกที่ส่วนลำตัวตับอ่อนชนิด Solid-pseudopapillary Tumor : โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2549;21(1):97-106.
6. ศุภกานต์ เตชะพงศธร, ไวกูณฐ์ สถาปนาวัตร, สาธิต ศรีมันทยามาศ, วิศิษฎ์ เกษตรเสริมวิริยะ. เนื้องอกชนิด solid pseudopapillary ที่ตับอ่อน: รายงานผู้ป่วย. วชิรเวชสาร 2549;50(3):193-7.
7. มณเฑียร มารุตกรกุล. Pancreatic solid-cystic-papillary tumor: รายงานผู้ป่วย 1 ราย. วารสารแพทย์เขต 4 2553;19(1):55-62.
8. อรรถพล รัตนสุภา, ธีระวุฒ ทับทวี, เล็ก เจริญกิจขจร, อารยะ ไข่มุกด์, ศิริบูรณ์ อัตศรัณย์. เนื้องอกตับอ่อนชนิด Solid Pseudopapillary Tumor ศรีนครินทร์เวชสาร 2555;27(3):317-23.
9. Keoplung S, Srisajjakul S, Sarattha S, Solid pseudopapillary tumor of pancreas (SPT): a case report with imaging features. Siriraj Med J 2014;66:79-81.

10. Frantz VK. Tumors of the pancreas. In: Frantz VK. Atlas of tumor pathology, section VII, fascicles 27 and 28. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology;1959;32-3.
11. Kloppel G, Solcia E, Longnecker DS, Capella C, Sobin LH. Histological typing of tumors of the exocrine pancreas. In: World Health Organisation. International histological classification of tumors. 2nd. ed. New York: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 1996: 120-8.
12. Escobar MA, Bond BJ, Schopp J. Solid pseudopapillary tumour (Frantz's tumour) of the pancreas in childhood. BMJ Case Rep 2014;2014:bcr2013200889.
13. Lee DH, Yi BH, Lim JW, Ko YT. Sonographic findings of solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas. J Ultrasound Med 2001; 20(11):1229-32.
14. Anil G, Zhang J, Al Hamar NE, Nga ME.. Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: CT imaging features and radiologic-pathologic correlation. Diagn Interv Radio 2017;23(2) : 94-99.
15. Yu MH, Lee JY, Kim MA, Kim SH, Lee JM, Han JK, et al. MR imaging features of small solid pseudopapillary tumors: retrospective differentiation from other small solid pancreatic tumors. AJR Am J Roentgenol 2010;195(6):1324-32.
16. Cantisani V, Mortele KJ, Levy A, Glickman JN, Ricci P, Passariello R, et al. MR imaging features of solid pseudopapillary tumor of the pancreas in adult and pediatric patients. AJR Am J Roentgenol 2003;181(2):395-401.
17. Chung YE, Kim MJ, Choi JY, Lim JS, Hong HS, Kim YC, et al. Differentiation of benign and malignant solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas. J Comput Assist Tomogr 2009;33(5):689-94.
18. Yin Q, Wang M, Wang C, Wu Z, Yuan F, Chen K, et al. Differentiation between benign and malignant solid pseudopapillary tumor of the pancreas by MDCT. Eur J Radiol 2012;81(11):3010-8.
19. European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. Gut 2018;67(5):789-804.
20. Kucera JN, Kucera S, Perrin SD, Caracciolo JT, Schmulewitz N, Kedar RP. Cystic lesions of the pancreas: radiologic-endosonographic correlation. Radiographics 2012;32(7): E283-301.
21. Law JK, Stoita A, Wever W, Gleeson FC, Dries AM, Blackford A, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration improves the pre-operative diagnostic yield of solid-pseudopapillary neoplasm of the pancreas : an international multicenter case series (with video). Surg Endosc 2014; 28(9):2592-8.
22. Maimone A, Luigiano C, Baccarini P, Fornelli A, Cennamo V, Polifemo A, et al. Preoperative diagnosis of a solid pseudopapillary tumour of the pancreas by Endoscopic Ultrasound Fine Needle Biopsy: A retrospective case series. Dig Liver Dis 2013;45(11):957-60.

23. Nishihara K, Nagoshi M, Tsuneyoshi M, Yamaguchi K, Hayashi I. Papillary cystic tumors of the pancreas. Assessment of their malignant potential. Cancer 1993;71(1):82-92.
24. perti C, Berselli M, Pasquali C, Pastorelli D, Pedrazzoli S. Aggressive behaviour of solid-pseudopapillary tumor of the pancreas in adults : a case report and review of the literature. World J Gastroenterol 2008;14(6): 960-5.
25. Lanke G, Ali FS, Lee JH. Clinical update on the management of pseudopapillary tumor of pancreas. World J Gastrointest Endosc 2018;10(9):145-55.
26. Hah JO, Park WK, Lee NH, Choi JH. Preoperative chemotherapy and intraoperative radiofrequency ablation for unresectable solid pseudopapillary tumor of the pancreas. J Pediatr Hematol Oncol 2007;29(12):851-3.
27. Maffuz A, Bustamante Fde T, Silva JA, Torres-Vargas S. Preoperative gemcitabine for unresectable, solid pseudopapillary tumour of the pancreas. Lancet Oncol 2005;6(3):185-6.
28. Morikawa T, Onogawa T, Maeda S, Takadate T, Shirasaki K, Yoshida H, et al. Solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas: an 18-year experience at a single Japanese Institution. Surg Today 2013; 43(1):26-32.
29. Zauls JA, Dragun AE, Sharma AK. Intensity-modulated radiation therapy for unresectable solid pseudopapillary tumor of the pancreas. Am J Clin Oncol 2006;29(6):639-40.
30. Fried P, Cooper J, Balthazar E, Fazzini E, Newall J. A role for radiotherapy in the treatment of solid and papillary neoplasms of the pancreas. Cancer 1985;56(12):2783-5.
31. Tang LH, Aydin H, Brennan MF, Klimstra DS. Clinically aggressive solid pseudopapillary tumors of the pancreas: a report of two cases with components of undifferentiated carcinoma and a comparative clinicopathologic analysis of 34 conventional cases. Am J Surg Pathol 2005;29(4):512-9.
32. Estrella JS, Li L, Rashid A, Wang H, Katz MH, Fleming JB, et al. Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: clinicopathologic and survival analyses of 64 cases from a single institution. Am J Surg Pathol 2014; 38(2):147-57.