

รายงานผู้ป่วยทารกชายที่มีก้อนเนื้องอก มีเซนไคมอล ฮามาร์โตมาในตับ

มนวัฒน์ เงินจ๋า พ.บ., วท.ม. (ระบาดวิทยา), ว.ว. ศัลยศาสตร์, ว.ว. กุมารศัลยศาสตร์*
ธวัชชัย สุทธิกุล พ.บ., ว.ว. พยาธิวิทยา**

บทคัดย่อ

ก้อนเนื้องอกมีเซนไคมอล ฮามาร์โตมาของตับเป็นโรคที่พบได้เป็นอันดับสองในกลุ่มเนื้องอกตับชนิดไม่ร้ายในเด็ก อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเนื้องอกตับชนิดไม่ร้ายเป็นกลุ่มโรคที่พบไม่บ่อย มีผลให้การวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างล่าช้า การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดได้แก่การตัดออกให้หมด แต่ในผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะที่ตีพอกที่จะทนการผ่าตัดที่ต้องใช้เวลานานและมีโอกาสเสียเลือดเป็นปริมาณมากได้ การระบายน้ำจากก้อนไปยังลำไส้ก็เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง การผ่าตัดได้ผลดีในรายที่สามารถตัดก้อนออกได้หมด รายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยเด็กทารกเพศชายอายุ 10 เดือนที่ป่วยจากก้อนเนื้องอกมีเซนไคมอล ฮามาร์โตมาในตับซึ่งกินเนื้อที่เกือบทั้งหมดของกลีบขวาของตับ การผ่าตัดสามารถเอาก้อนเนื้อออกได้ทั้งหมด หลังการตรวจติดตามเป็นเวลา 1 ปี ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน การเจริญเติบโตและพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ รายงานนี้ยังได้ทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องก้อนในช่องท้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เป็นเนื้องอกตับชนิดไม่ร้าย

Abstract

Mesenchymal Hamartoma of the Liver in a Thai Male Infant: A Case Report

Monawat Ngerncham MD, MSPH (Epidemiology)*

Tawatchai Suthikoon MD**

* Department of Surgery, BMA Medical College and Vajira Hospital

** Department of Pathology, BMA Medical College and Vajira Hospital

Benign lesions of the liver are uncommon disease in pediatric age group. Most of them are peculiar to this age, however, delayed diagnosis and treatment may occur as a result of lack of awareness of the conditions. Complete removal of the mass when possible is the treatment of choice, though internal drainage may be an option for cystic lesions in patients unfit for major operation. The prognosis is good whenever complete extirpation

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

** ภาควิชาพยาธิวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

is feasible. We herein present a case report of a 10-month-old male infant suffered from mesenchymal hamartoma of the liver, the second most common benign hepatic tumor, yet not familiar to physicians in other fields. The mass occupied almost the entire right lobe of the liver and was completely enucleated with rather uneventful postoperative course. We also reviewed the current management of abdominal masses; particularly, nonmalignant tumors of the liver.

Key words: mesenchymal hamartoma, pediatric liver masses, hepatic resection

บทนำ

ก้อนในท้องเป็นปัญหาที่พบได้ก่อนข้างบ่อในเด็ก แต่ประมาณร้อยละ 60 ของก้อนที่พบบ่อยเป็นผลจากภาวะทางอายุรกรรม เช่น ดับม้ามโตจาก leukemia, Hodgkin's disease และ portal hypertension¹ ที่เหลืออีกเกือบร้อยละ 40 เป็นปัญหาทางศัลยกรรม ซึ่งประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นปัญหาาระบบทางเดินปัสสาวะ เนื้องอกปฐมภูมิของตับเป็นเพียงแค่ร้อยละ 3 ของเนื้องอกที่พบในเด็ก ขณะที่เนื้องอกชนิดไม่ร้ายเป็นเพียงส่วนประกอบน้อยกว่า 1 ใน 3 ของเนื้องอกในตับ² การ

วินิจฉัยโรคของก้อนในท้องรวมถึงก้อนเนื้องอกของตับแปรเปลี่ยนตามช่วงอายุ ก้อนที่พบภายในช่วง 30 วันหลังคลอดมักจะไม่เป็นหรือยังไม่เปลี่ยนเป็นเนื้อร้าย โดยพบเนื้องอกชนิดร้ายเพียงแค่ร้อยละ 13 แต่สัดส่วนของเนื้องอกร้ายจะพบเพิ่มขึ้นภายหลังช่วงอายุนี้ การวินิจฉัยแยกโรคและอายุที่พบบ่อยของเนื้องอกตับแต่ละชนิดดังแสดงในตารางที่ 1

มีเซนไคมอล ฮามาร์โตมาของตับเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในกลุ่มเนื้องอกตับชนิดไม่ร้ายในเด็ก อย่างไรก็ตามเนื้องอกเนื้องอกตับชนิดไม่ร้ายเป็นเพียงส่วนน้อยของเนื้องอกปฐมภูมิทั้งหมดของตับซึ่งพบว่าเป็นเพียงร้อยละ 3 ของก้อนใน

ตารางที่ 1 ก้อนเนื้องอกที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นจำแนกตามช่วงอายุ³

ชนิดไม่ร้าย		ชนิดร้าย	
ชนิด	ช่วงอายุ	ชนิด	ช่วงอายุ
Infantile hemangioepithelioma	0-6 เดือน	Hepatoblastoma	0-3 ปี
		- epithelial	
		- mixed	
Cavernous hemangioma	2-36 เดือน	Hepatocellular carcinoma	5-15 ปี
Mesenchymal hamartoma	0-2 ปี	Mesodermal neoplasms	3-15 ปี
		- mesenchymoma	
		- sarcoma	
Nodular hyperplasia	12-20 ปี	Metastatic tumors	0-16 ปี
- focal		- neuroblastoma	
- disseminated		- Wilms' tumor	
		- rhabdomyosarcoma	
		- embryonal carcinoma	
		- Ewing's sarcoma	
Adenoma	1-16 ปี		
Hepatic cyst	ทุกช่วงอายุ		
- epidermoid			
- traumatic			

ท้องเด็ก¹ ทำให้ส่วนใหญ่แพทย์ไม่ค่อยได้นึกถึงโรคในกลุ่มนี้และกลายเป็นปัญหาที่การวินิจฉัยและการรักษามักจะล่าช้ากว่าที่ควร⁴ รายงานนี้ขอเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยทารกเพศชายอายุ 10 เดือน ที่มีก้อนมีเซนไคมอล ฮามาร์โตมาที่ตับ ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนออกได้สำเร็จในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

รายงานผู้ป่วย

ประวัติ

ทารกเพศชายไทยอายุ 10 เดือนมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องท้องอืดขึ้นเรื่อย ๆ มานานประมาณ 2 เดือน อาการไม่ดีขึ้นแม้จะได้รับการประคบยาแก้ท้องอืด ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ปกติ

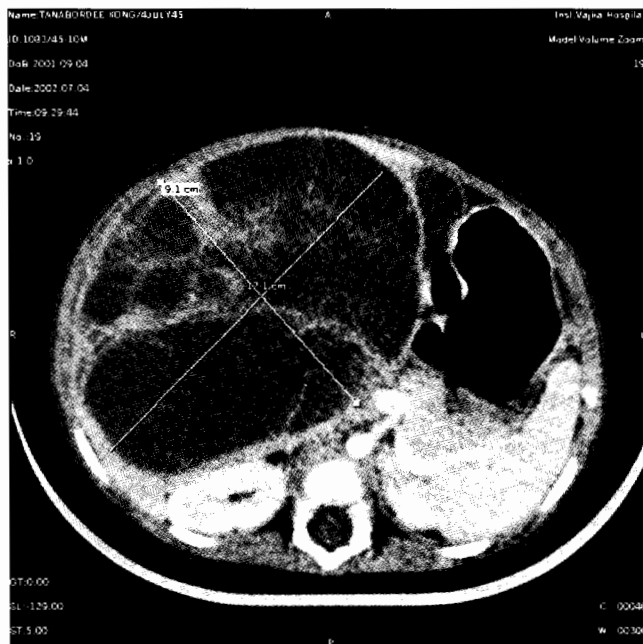
การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยทารกเพศชายไทย น้ำหนัก 10 กก. รู้สึกตัวดี ไม่มีไข้และผู้ป่วยก็ยังคงดูร่าเริง ซีดเล็กน้อย ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง คลำไม่พบต่อน้ำเหลืองโต การตรวจปอดและหัวใจปกติ แต่พบว่ามียึดท้องมากโดยเฉพาะทางด้านซีกขวา เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คลำพบก้อนขนาดใหญ่เกือบเต็มครึ่งขวาของช่องท้อง ก้อนมีขอบเรียบและให้ความรู้สึกวุ่นน่าจะเป็นก้อนเนื้อตัน (solid consistency) เกาะที่ตับตัวก้อนแต่เกาะโปร่งที่บริเวณอื่นของช่องท้อง บริเวณที่ตับไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อให้ผู้ป่วยตะแคง (negative shifting dullness) ก้อนขยับไปมาได้เพียงเล็กน้อยเนื่องจากขนาดที่ใหญ่ คลำแยกจากตับไม่ได้ คลำไม่พบม้าม การตรวจทางทวารหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. คลื่นเสียงความถี่สูง พบมีถุงน้ำหลายถุงอยู่ติดกัน ขนาดโดยรวมเท่ากับ 10.26×4.2 ซม. แต่ก็ยังไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดจากอวัยวะอะไรระหว่างไตขวาและตับกลีบขวา

2. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้อง (computerized tomography: CT scan) พบว่ามีก้อนที่มีความเข้มต่ำ (low-density mass) มี enhancing capsule และ septation ขนาดประมาณ $10 \times 11 \times 12$ ซม. ซึ่งกินเนื้อที่เกือบทั้งหมดของกลีบขวาของตับ และมีการกดเบียด portal vein, inferior vena cava และไตข้างขวา ไม่พบน้ำหรือต่อน้ำเหลืองโตในช่องท้อง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องแสดงก้อนที่มีความทึบแสงต่ำขนาดใหญ่ในตับ ที่ผนังก้อนและผนังกันช่องภายในก้อนมี enhancing ก้อนนี้ครอบงำพื้นที่เกือบทั้งหมดของตับกลีบขวา

การตรวจเลือด

- Complete blood count: Hb- 9.1 gm/dl, Hct- 27.8%, WBC- $4,300/\text{mm}^3$, N- 67%, L- 25%, Eo- 1%, Mo- 7%, Plt count- $297,000/\mu\text{l}$, anisocytosis 2+, microcyte 2+, target cell 1+

- ผลการตรวจทางเคมีของเลือด: Na-141 mEq/L, K-4.0 mEq/L, Cl-107 mEq/L, CO_2 - 22 mEq/L, BS- 319 mg/dl, BUN- 24 mg/dl, Cr- 0.1 mg/dl

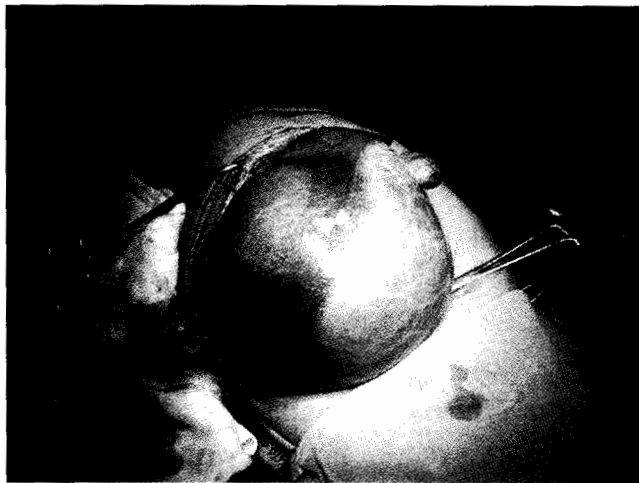
- ระดับของ tumor markers ในเลือด: carcinoembryonic antigen 1.37 ng/ml, alpha-fetoprotein 80.93 ng/ml และ beta HCG 1.8 mIU/ml ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติของเด็กวัยนี้

การวินิจฉัย

จากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ซึ่งมีลักษณะจำเพาะ จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมีเซนไคมอล ฮามาร์โตมาของตับกลีบขวา (mesenchymal hamartoma of the right lobe of the liver)

การศึกษา

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในวันที่ 5 หลังจากการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การผ่าตัดทำผ่านทางช่องท้อง (exploratory laparotomy) โดย bilateral subcostal incision ภายใต้การระบับความรู้สึกทั่วไป หลังจากตัด ligaments ที่ยึดติดโดยรอบ ทำการคล้องและควบคุมเส้นเลือดต่างๆของตับ (pedicle controls) และสำรวจโดยทั่วไปพบว่ามีก้อนขนาดใหญ่ที่ประกอบด้วยถุงน้ำหลายๆถุง (multilobulated hepatic cyst) กั้นเนื้อที่ของ segment IV, V, VI, และบางส่วนของ segments VII และ VIII (รูปที่ 2) สามารถผ่าตัดเอาก้อนออกได้ทั้งหมด (enucleate) โดยใช้ combined blunt and sharp dissection ด้วยเครื่อง ultrasonic dissector และ harmonic scalpel ผูกและเย็บผูกเส้นเลือดและท่อน้ำเหลืองที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 มม. ด้วย 3-0 silk และ 3-0 Prolene ตามลำดับ ป้องกันเลือดที่อาจจะออกจากผิวตับที่เหลืจากการตัดด้วย Argon-beam laser ใส่ penrose drain ไว้ใน right subhepatic และ subphrenic spaces



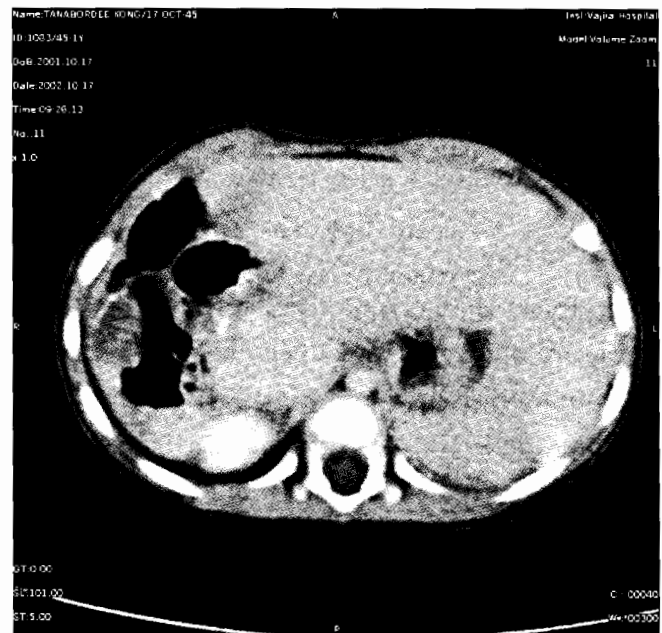
รูปที่ 2 การตรวจพบระหว่างผ่าตัด: มีก้อนลักษณะ multilobulated ครองพื้นที่เกือบทั้งหมดของตับกลีบขวาและยังกินพื้นที่เกือบทั้งหมดของช่องท้องทางด้านขวาด้วย

การตรวจติดตาม

ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีปัญหาแทรกซ้อนที่ร้ายแรง นอกจากมีไข้สูงกว่า 38°C เป็นเวลา 11 วัน โดยไม่พบเชื้อจากการเพาะเชื้อจากกระแสเลือด แต่ผลการเพาะเชื้อจากปลายสาย central venous catheter ขึ้นเชื้อ coagulase-negative Staphylococcus ซึ่งตอบสนองต่อ methicillin ผู้ป่วยได้รับ

ampicillin และ gentamicin เป็นเวลา 5 วัน จึงได้เปลี่ยนเป็น imipenam เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังจากที่ไข้ลด ผู้ป่วยก็กลับสู่สภาพร่าเริงและสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆตามปกติอีกครั้ง ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติภายหลังจากกลับบ้าน ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 3 เดือนต่อมาแสดงให้เห็นการงอกของตับมาทดแทนบริเวณที่ตัดไป ดังรูปที่ 3

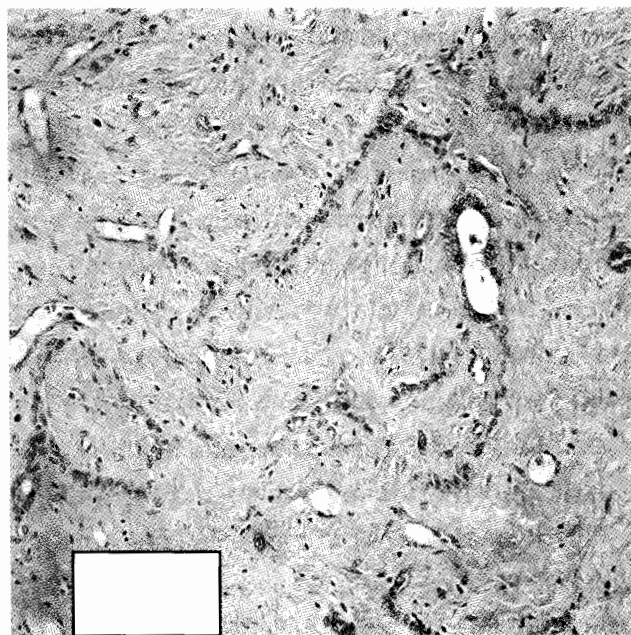
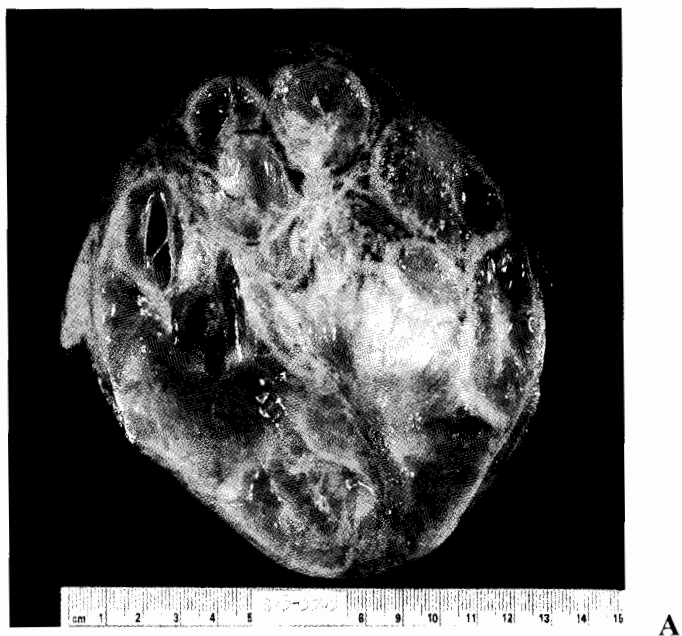
ภายหลังการตรวจติดตามเป็นเวลา 1 ปี ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและการเจริญเติบโต และการพัฒนาการก็อยู่ในเกณฑ์ปกติ



รูปที่ 3 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 3 เดือนภายหลังการผ่าตัด แสดงการงอกของเนื้อตับ (regeneration) มาในส่วนของที่ตัดไป

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

ก้อนมีเซนไคมอล ฮามาร์โตมา ขนาด 14.5 x 13.0 x 12.0 ซม. โดยมีเนื้อตับปกติขนาด 2.0 x 1.5 x 1.0 ซม. ติดอยู่ด้วยจากลักษณะภายนอกก้อนมีพื้นผิวที่เรียบเป็นประกาย ภาควัดขวางแสดงให้เห็นว่าภายในแบ่งเป็นช่องที่เต็มไปด้วย mucinous material หลายช่อง (multiseptated) ผลการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์พบ loose compartment of spindle mesenchymal stroma ที่มี intermingling branching ducts คล้ายกับที่พบใน fibroadenoma ของเต้านม (รูปที่ 4) ไม่พบว่ามีเนื้อร้ายร่วมอยู่ด้วย มีบางส่วนของเนื้อตับปกติกระจายแทรกอยู่ในส่วนที่เป็นผนังกัน เนื้อตับปกติมี extramedullary hematopoiesis ร่วมด้วย



รูปที่ 4 ผลการตรวจพยาธิวิทยา (รูป A) ภาคตัดขวางแสดง multiseptated cysts ที่ภายในมี mucinous material และภาพจากกล้องจุลทรรศน์แสดง loose compartment of spindle mesenchymal stroma ที่มีท่อแตกสาขาประสานกันคล้ายกับที่พบใน fibroadenoma ของเต้านม (รูป B และ C)

วิจารณ์

มีเซนไคมอล ฮามาริโตมาของตับเป็นเนื้องอกที่พบบ่อยเป็นอันดับสองของเนื้องอกชนิดไม่ร้ายของตับทั้งหมดรองจากฮีแมงจิโอมา⁵ ก้อนเนื้อนี้เจริญมาจาก mesenchymal rest ที่

แยกตัวออกมาจาก portal triad และมี differentiation ที่แตกต่างจากเนื้อเยื่อในส่วนอื่นๆ² การเจริญเติบโตเกิดขึ้นตามแนวของท่อน้ำดีและบางครั้งก็รวมเอาเนื้อตับปกติเข้าไปด้วย ภาคตัดขวางของก้อนเนื้องอกที่พบได้ส่วนใหญ่จะดูคล้ายกับเนื้องอกของหลอดน้ำเหลือง (lymphangiomas) โดยจะพบว่ามีช่อง

ที่ภายในมีของเหลวหรือเจลลาตินสีเหลือง ล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อที่บวม ความแตกต่างที่สำคัญคือ สามารถโตมาโดยไม่มีเยื่อหุ้ม⁶ การดำเนินโรคของเนื้องอกขึ้นอยู่กับเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบหลัก ในรายที่ส่วนประกอบหลักของ mesenchymal rest เป็นท่อน้ำดี ก่อนสามารถโตมานั้นก็จะมีโครงสร้างเป็นถุงน้ำและมักมาพบแพทย์ด้วยอาการสำคัญคือมีก้อน⁷ ขณะที่ในรายที่ส่วนประกอบหลักเป็นหลอดเลือด ผู้ป่วยรายนั้นอาจมีอาการหัวใจวายจากหลอดเลือดที่ผิดปกติ⁸ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจะมีอาการภายในขวบปีแรกและร้อยละ 20 มีอาการในช่วงหลังคลอด¹⁵ อุบัติการณ์ของโรคนี้พบได้เท่าๆ กันในทั้งเพศชายและเพศหญิง⁹ ส่วนใหญ่จะพบทางด้านกลีบขวาของตับ¹⁰ อาการที่นำผู้ป่วยที่มีเซนไคมอล สามารถโตมาพบแพทย์ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากเนื้องอกตับชนิดไม่ร้ายอื่นๆ โดยอาการที่พบได้บ่อยที่สุดได้แก่ ท้องโตขึ้นซึ่งบางรายอาจไม่รู้สึกรู้ว่ามีย้อนก็ได้¹¹ ผู้ป่วยที่อายุน้อยมักไม่มาด้วยเรื่องปวดท้อง โดยพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกตับชนิดไม่ร้ายที่มีอาการปวดท้องเกือบทั้งหมดมีอายุมากกว่า 3 ปี ส่วนใหญ่จะมีอาการมากขึ้นอย่างช้าๆ โดยผู้ป่วยมักมาพบแพทย์หลังจากมีอาการมาแล้วประมาณ 3 เดือน⁴ อย่างไรก็ตาม ในบางรายก้อนอาจโตขึ้นอย่างรวดเร็ว มีรายงานภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากมีเซนไคมอล สามารถโตมาในตับ อาทิภาวะความดันโลหิตสูงในปอดและมีการดึงเลือดจนกระทั่งเกิดไตวายในทารกที่มีมีเซนไคมอล สามารถโตมาขนาดใหญ่ในตับ¹² มีรายงาน malignant mesenchymoma ในเด็กชายอายุ 6 ปีที่เคยตัดก้อนมีเซนไคมอล สามารถโตมาในอีกตำแหน่งของตับ 5 ปีก่อนหน้านี้¹³ มีผู้พบ hepatic undifferentiated (embryonal) sarcoma ที่พบเจริญขึ้นในก้อนมีเซนไคมอล สามารถโตมาและมีหลักฐานจากการตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยกล้องจุลทรรศน์ การตรวจ flow cytometry และ cytogenetic แสดงว่ามีการเชื่อมโยงกันระหว่างเนื้องอกทั้งสองชนิด¹⁴ มีรายงานผู้ป่วยหนึ่งรายที่พบมีเซนไคมอล สามารถโตมาของตับร่วมกับไส้เลื่อนกระบังลมและไม่มีเยื่อหุ้มหัวใจ¹⁵

เนื่องจากเนื้องอกตับชนิดไม่ร้ายเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย ทำให้มักเกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา แนวทางการรักษาโรคลในกลุ่มนี้มักแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละสถาบัน อย่างไรก็ตาม ถ้าไม่รวมสี่เมงจิโอม่าและสี่เมงจิโอเอนโดลิโอมาแล้ว เมื่อเร็ว ๆ นี้ก็ได้มีความเห็นสอดคล้องกันมากขึ้นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาเนื้องอกชนิดไม่ร้ายในตับ¹⁶ ผู้ป่วยเด็กทุกรายที่มาด้วยปัญหาท้องอืดหรือท้องโตขึ้นควรได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างถี่ถ้วนว่าสิ่งที่กิน

เนื้อที่ในท้องนั้นเป็นก๊าซ ของเหลว หรือก้อนเนื้อ ผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่ในตับอาจรับประทานอาหารไม่ค่อยได้ หรืออาจมีการขับถ่ายผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้สับสนกับโรคทางระบบกระเพาะลำไส้ อย่างไรก็ตาม การตรวจร่างกายที่ถี่ถ้วนจะช่วยให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ได้แก่ การดู ฟัง คลำ และเคาะ¹⁷ ถ้าจากการดูพบว่ามีก้อนให้เห็นแล้วควรสังเกตด้วยว่าก้อนนั้นเคลื่อนที่ตามการหายใจหรือไม่ หากพบว่าก้อนเคลื่อนไหวตามการหายใจจะช่วยบอกว่าก้อนนั้นเกิดจากอวัยวะที่มีการยึดกับกระบังลม เช่น ตับหรือม้าม ควรให้มีออบอุณหะหว่างการคลำท้องเด็กและควรพยายามดึงความสนใจของผู้ป่วยไปจากหน้าท้องโดยการพูดคุยหรือให้ผู้ปกครองเล่นกับเด็กไปด้วย การคลำขณะที่ผู้ป่วยดูนมหรือน้ำก็เป็นอีกวิธีที่จะทำให้ตรวจได้ง่ายขึ้น การกดกลิ้งไปอย่างนั้นมวนด้วยแรงสม่ำเสมอจะดีกว่าการกดตื้นๆ หลายๆ ครั้ง ควรบันทึกลักษณะพื้นผิวและพยายามแยกว่าเป็นก้อนแข็งหรือมีน้ำอยู่ภายใน การเคาะจะช่วยในการแยกว่าก้อนนั้นมีก๊าซอยู่ภายในหรือไม่ ซึ่งจะแสดงว่าก้อนนั้นเป็นส่วนของหรือเป็นโพรงที่ติดต่อกับทางเดินอาหาร การเปลี่ยนตำแหน่งที่เคาะที่บ (shifting dullness) เมื่อเปลี่ยนท่าก็จะช่วยบอกว่าท้องโตขึ้นจากการที่มีน้ำในช่องท้อง การตรวจทางทวารหนักจะช่วยบอกว่าก้อนที่พบมีส่วนที่ยื่นลงไปหรือมีกำเนิดจากในอุ้งเชิงกราน ในทารกที่มีอุจจาระกั่งค้างอยู่มากก็อาจจะมาด้วยเรื่องมีก้อนในท้องได้ ควรตรวจดูด้วยว่าอุจจาระที่กั่งค้างนั้นเป็นผลจากภาวะผิดปกติของทวารหนัก (anorectal malformation) หรือไม่

การตรวจกันเพิ่มเติมในเด็กที่คลำก้อนได้ในท้องเริ่มจากการตรวจเอกซเรย์ของช่องท้อง (anteroposterior view) ซึ่งจะช่วยแยกอุจจาระที่กั่งค้างอยู่ได้ ขณะเดียวกันก็อาจจะแสดงให้เห็นว่ามีหินปูนเกาะในก้อน เงามของก้อนอาจมีการก่อบีดยางก๊าซในลำไส้ และรูปแบบของเงามก๊าซก็อาจช่วยบอกว่าก้อนนั้นทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินอาหาร เช่นในราย duplication ของกระเพาะหรือลำไส้ หรือเป็น meconium pseudocyst การพบหินปูนในก้อนเป็นข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่ง หินปูนจะพบได้ประมาณร้อยละ 50 ถึง 65 ของก้อนนิ่วโรบลาสโตมา ร้อยละ 50 ของเทอร่าโตมา ร้อยละ 40 ของเนื้องอกตับ ร้อยละ 3 ถึง 10 ของ Wilms' tumors และในภาวะอื่นๆ เช่น การแตกทะลุของทางเดินอาหารขณะอยู่ในครรภ์ร่วมกับ meconium peritonitis ตับอ่อนอักเสบ เลือดออกในต่อมหมวกไต เงามหินปูนเป็นจุดๆ (speckled calcifications) บริเวณด้านบนขวาของช่องท้องพบได้ในสี่เมงจิโอม่าและสี่เมงจิโอเอนโดลิโอมาของตับ ใน

รายที่ภาพเอกซเรย์ไม่มีเงาหินปูน การตรวจที่ควรทำต่อไปคือการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของช่องท้อง (ultrasonography) ซึ่งมีความแม่นยำประมาณร้อยละ 95 ถึง 97 ในการวินิจฉัยก้อนในช่องท้องแม้ผู้ตรวจจะไม่ทราบประวัติทางคลินิกหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงจะช่วยตรวจบริเวณอื่นๆ ของช่องท้องและยังช่วยบอกว่ามีการอุดตันในหลอดเลือดดำพอร์ทอลและ inferior vena cava หรือไม่ ตลอดจนยังช่วยแยกว่าก้อนนั้นเป็น arteriovenous malformations หรือไม่ อย่างไรก็ตาม ความแม่นยำของการตรวจชนิดนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะตัวของผู้ตรวจค่อนข้างมาก และในผู้ป่วยที่อ้วนหรือมีก๊าซมากในช่องท้องหรือในลำไส้ก็ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากขึ้น

เนื่องจากการมีหินปูนแสดงว่าผู้ป่วยอาจมีก้อนเนื้ออกชนิดร้ายหรืออาจเป็นเทอร์าโตมา การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography: CT) จะเป็นที่ยอมรับมากกว่าการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเมื่อพบเงาหินปูนในภาพเอกซเรย์ธรรมดา CT มีความแม่นยำมากกว่าการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในการบอกชนิดของเนื้ออกตลอดจนสามารถช่วยทำนายได้ดีกว่าว่าจะสามารถตัดก้อนได้หรือไม่ CT ยังแม่นยำมากกว่าการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging, MRI) ในการหว่านมีดตอมน้ำเหลืองในช่องท้องใดหรือไม่ เนื่องจากสามารถใช้สารทึบรังสีที่ใส่เข้าในทางเดินอาหารช่วยแยกลำไส้ออกจากตอมน้ำเหลืองได้^{1,16}

เนื้ออกตับชนิดไม่ร้ายมักไม่ค่อยทำให้ระดับผลเลือดที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตับเปลี่ยนแปลงมากนัก การตรวจระดับของสารที่สร้างโดยเนื้ออก (tumor markers) มักไม่ค่อยช่วยการวินิจฉัยมากนัก ในรายที่ serum alpha-fetoprotein สูงขึ้นมากมักแสดงว่าก้อนนั้นเป็นเนื้อร้าย แต่ค่าอาจเพิ่มขึ้นเล็กน้อยได้ในเนื้ออกชนิดไม่ร้าย ในรายที่ค่า serum alpha-fetoprotein สูงขึ้นก่อนการผ่าตัดอาจสามารถใช้ค่านี้เป็นตัวติดตามผลการรักษาได้ว่ามีการเกิดซ้ำหรือไม่ภาวะเกร็ดเลือดต่ำมาร่วมกับก้อนในตับอาจเป็นส่วนหนึ่งของ Kasabach-Merritt syndrome ที่พบร่วมกับฮีแมงจิโอเอนโดลิโอมา ขณะที่ภาวะเกร็ดเลือดสูงมักพบในผู้ป่วยที่มีเฮพาโตบลาสโตมา (hepatoblastoma)

เนื้ออกตับชนิดไม่ร้ายมักสามารถรักษาได้ผลดีด้วยการผ่าตัดรักษา ยกเว้นในรายที่เป็นเนื้ออกของหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม ควรต้องมีการชั่งใจว่าควรจะผ่าตัดหรือไม่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการรุนแรงมากนัก วิธีการผ่าตัดที่เลือกใช้นั้นอยู่กับธรรมชาติของก้อนนั้นโดยเฉพาะการแยกว่าเป็นน้ำหรือก้อน

เนื้อตัน และควรเป็นวิธีที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย การผ่าตัดเอาก่อนออกทั้งหมดให้ผลการรักษาที่ดีที่สุดโดยที่อัตราการเกิดซ้ำน้อยมาก แต่ในก้อนถุงน้ำมีขนาดใหญ่มาก กินเนื้อที่ของตับทั้งสองกลีบอาจรักษาโดยการเปิดผนังหุ้มทังไว้ (unroofing and marsupializing) แต่โอกาสเกิดซ้ำก็จะสูงกว่าการตัดออกหมด¹⁶

มีเซนไคมอล สามารถโตมาของตับมีการพยากรณ์โรคที่ดี³ เกือบทั้งหมดจะหายขาดหลังการตัดออก การเสียชีวิตอาจพบได้ในรายที่มีหัวใจวาย ความผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด^{8,18,19} ไม่ค่อยพบการเกิดซ้ำการตัดออกแทบทุกวิธีไม่ว่าจะเป็น enucleation หรือ hepatic resection แบบมาตรฐาน มีผู้ป่วยบางรายที่ก้อนเนื้อมีขนาดเล็กลงจนหายไปภายหลังการเปิดระบายของเหลวในก้อนออก (incision and drainage)⁵ มีรายงานที่ก้อนยุบหายไปหมดหรือเหลือเป็นเพียงก้อนหินปูนภายหลังการตัดตัวอย่างขึ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ^{19,20} อย่างไรก็ตาม เคยมีรายงานผู้ป่วยที่มีน้ำในช่องท้องที่ไม่สามารถรักษาแบบอนุรักษ์ภายหลังการตัดก้อนเนื้อออกเพียงบางส่วน⁶

สรุป

มีเซนไคมอล สามารถโตมาของตับเป็นตัวอย่างหนึ่งของเนื้ออกตับชนิดไม่ร้าย ซึ่งเป็นภาวะที่ค่อนข้างพบได้น้อยในเด็ก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการร้ายแรงถึงแก่ชีวิตแต่ก็มักมีความวิตกกังวลจากก้อนที่มีขนาดใหญ่และมีความเสี่ยงที่ก้อนอาจกลายเป็นเนื้อร้ายได้ จึงควรวินิจฉัยแยกโรคเนื้ออกตับชนิดไม่ร้ายไว้ด้วยเสมอเมื่อพบผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยเรื่องท้องโตขึ้น เพราะการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังผ่าตัดในรายที่ก้อนถูกทิ้งไว้จนมีขนาดใหญ่

เอกสารอ้างอิง

1. Stevenson R. Abdominal masses. Surg Clin North Am 1985; 65: 1481-1504.
2. Edmondson H. Differential diagnosis of tumors and tumor-like lesions of liver in infancy and childhood. Am J Dis Child 1956; 91: 168-86.
3. Inomata Y, Kimura K. Benign and malignant hepatic tumors. In: Donnellan W, editor. Abdominal

- surgery of infancy and childhood. Luxembourg: Harwood Academic Publishers; 1996. p. 60/1-60/15.
4. Ein S, Stephens C. Benign liver tumors and cysts in childhood. *J Pediatr Surg* 1974; 9: 847-51.
 5. Weinberg A, Finegold M. Primary hepatic tumors of childhood. *Hum Pathol* 1983; 14: 512-37.
 6. Yandza T, Valayer J. Benign tumors of the liver in children: analysis of a series of 20 cases. *J Pediatr Surg* 1986; 21: 419-3.
 7. Srouji M, Chatten J, Schulman W, Ziegler M, Koop C. Mesenchymal hamartoma of the liver in infants. *Cancer* 1978; 42: 2483-9.
 8. Smith W, Ballantine T, Gonzalez-Crussi F. Hepatic mesenchymal hamartoma causing heart failure in the neonate. *J Pediatr Surg* 1978; 13: 183-5.
 9. Donovan M, Kozakewich H, Perez-Atayde A. Solitary nonparasitic cysts of the liver: the Boston Children's Hospital experience. *Pediatr Patol Lab Med* 1995; 15: 419-28.
 10. Ishida M, Tsuchida Y, Saito S, Sawaguchi S. Mesenchymal hamartoma of the liver: Case report and literature review. *Ann Surg* 1966; 164: 175-88.
 11. Callea F, Bonetti M, Medicina D, Alberti D, Fabbretti G, Brisigotti M. Hepatic tumor and tumor-like lesions in childhood. *J Surg Oncol* 1993; 3(Suppl): 170-2.
 12. Mulrooney D, Carpenter B, Georgieff M, Angel C, Hunter D, Foker J, et al. Hepatic mesenchymal hamartoma in a neonate: a case report and review of the literature. *J Pediatr Hematol Oncol* 2001; 23: 316-7.
 13. Ramanujam T, Ramesh J, Goh D, Wong K, Ariffin W, Kumar G, et al. Malignant transformation of mesenchymal hamartoma of the liver: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 1684-6.
 14. Lauwers G, Grant L, Donnelly W, Meloni A, Foss R, Sanberg A, et al. Hepatic undifferentiated (embryonal) sarcoma arising in a mesenchymal hamartoma. *Am J Surg Pathol* 1997; 21: 1248-54.
 15. Deutsch A, Brown K, Freeman N, Stanley D. A case of diaphragmatic hernia, absent pericardium, and hamartoma of liver. *Brit J Surg* 1972; 59: 156-8.
 16. Guzzetta P, Thompson W. Nonmalignant tumors of the liver. In: JA O'Neill J, Rowe M, Grosfeld J, editors. *Pediatric Surgery*. 5 ed. St Louis: Mosby; 1998. p. 1505-11.
 17. Clain A. Non-acute abdominal conditions. Hamilton Bailey's demonstrations of physical signs in clinical surgery. 17th ed. Bristol: IOP Publishing Limited; 1986. p. 230-3.
 18. Raffensperger J, Gonzalez-Crussi F, Seekhan T. Mesenchymal hamartoma of the liver. *J Pediatr Surg* 1983; 18: 585-7.
 19. Leary D, Weiskittle D, Blane C, Coran A. Follow-up imaging of benign pediatric liver tumors. *Pediatr Radiol* 1989; 19: 234-6.
 20. Barnhart D, Hirschl R, Garver K, Geiger K, Harmon C, Coran A. Conservative management of mesenchymal hamartoma of the liver. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 1495-8.